Nr. 27. 7. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Fr. GRÖER (Lwów)

Dziesięć lat Lwowskiej Kliniki Pedjatrycznej.

Pedjatrja jest nietylko jedną z najmłodszych gałęzi współczesnej medycyny, lecz jednocześnie ośrodkiem krystalizacji owego społecznego nastawienia myśli lekarskiej, który dzisiejszej medycynie nadaje charakterystyczne piętno. Dlatego historja pedjatrji jest w znacznym stopniu identyczną z historją rozwoju nowoczesnych zapatrywań na istotę i zadania sztuki lekarskiej, zaś osiągnięty przez nią poziom — miarą ogólnego poziomu medycyny w danej epoce i w danym kraju.

Ważną będzie zatem rzeczą uprzytomnić sobie, jak pracowaliśmy na polu pedjatrji w pierwszem ubiegającem już 10-cio leciu niepodległej Państwowości Polskiej i co zdołaliśmy pracą tą osiągnąć. Objektywny bilans dotychczasowych wyników naszych usiłowań stanie się z pewnością źródłem bardzo doniosłych wskazań na przyszłość i wykaże wszystkie błędy, jakie w tej dziedzinie zostały popełnione.

To są powody, dla których zdecydowałem się śmiało i otwarcie naświetlić warunki i wyniki pracy nad rozwojem nauki pedjatrycznej w Polsce na przykładzie Kliniki lwowskiej, którą kieruję od czerwca 1919 r. Klinika lwowska dlatego jeszcze może być uważana za szczególniej odpowiedni objekt dla tych dociekań, gdyż jest ona pierwszą w Polsce kliniką pedjatryczną o samoistnej i niezależnej organizacji, pierwszą kliniką dziecięcą w Polsce pod własnym dachem, i że wskutek tego w historji jej rozwoju odbija się historja polskich Klinik pedjatrycznych w ogólności.

Z końcem Wielkiej wojny, wraz ze śmiercią nieodżałowanej pamięci mego poprzednika Prof. Raczyńskiego, którego światowe znaczenie dla nauki pedjatrycznej dziś dopiero ocenionem zostało w całej pełni, skończył się dla Pedjatrji Polskiej pierwszy okres rozwoju, rozpoczęty oficjalnie przez Jakubowskiego. Jeżeli zważymy, że śmierć Raczyńskiego nastąpiła niedługo po śmierci Brudzińskiego, który podobnie jak Raczyński w b. zaborze austrjackim, stworzył na terenie b. Kongresówki pierwsze współcześnie zorganizowane warsztaty pracy pedjatrycznej, to stanie się jasnem, że okres powstawania Państwa Polskiego zamknął pod każdym względem, tak formalnym jak ideowym i indywidualnym epokę pierwszych twórczych usiłowań na polu organizacji nauki pedjatrycznej w Polsce porozbiorowej i rozpoczął dla niej budowę nowych zadań i nowych możliwości rozwoju.

Ponieważ dzieło Raczyńskiego powstało dzięki właściwościom zaboru austrjackiego na terenie ściśle uniwersyteckim i zostało związane z Wydziałem lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza — tym Wydziałem lekarskim, który w największej mierze zapłodnił nowopowstające w Polsce wydziały lekarskie, przeto lwowska klinika pedjatryczna — jako pierwsza samoistnie i ad hoc zorganizowana Klinika Dziecięca w Polsce musiała stać się punktem wyjścia konkretyzacji tych nowych zadań i nowych możliwości rozwoju.

Obejmując w czerwcu 1919 r. spuściznę po Raczyńskim zdawałem sobie dokładnie sprawę z ogromu odpowiedzialności, która na mnie ciążyła. Dowodem tego są dwie publikacje, z których jedna dotyczy moich zapatrywań na istotę i charakter organizacji opieki nad dzieckiem i została ogłoszoną w „Medycynie i Kronice Lekarskiej" w r. 1918, jeszcze przed powołaniem mojem na katedrę we Lwowie, druga zaś ogłoszona już po objęciu Kliniki lwowskiej w „Nowinach Lekarskich" w r. 1919, nakreśla plan racjonalnego i do potrzeb współczesnych dostosowanego nauczania pedjatrji w Polsce i precyzuje jego cele i zadania. Obie zawierały moje credo organizacyjne i ideowe i były napisane z tem entuzjastycznem ustosunkowaniem się do możliwości zrealizowania zawartych w nich postulatów, jakie pozwoliło mi, pomimo poczucia ogromu odpowiedzialności, wierzyć i ufać w chwili obejmowania lwowskiej katedry, że sprostam ciążącym na mnie obowiązkom.

Minęło 10 lat. Włosy przypruszyła siwizna, a jeżeli entuzjazm pozostał ten sam, co przed 10 laty, to sił do realizacji stawianych przezeń postulatów ubyło znacznie, a serce napełniło się goryczą, wraz z przekonaniem, że zadaniu memu nie sprostałem, nakreślonego własnoręcznie programu nie wypełniłem, a wraz ze mną nie wypełnił go w Polsce i nikt inny. Odczytując obie przytoczone programowe publikacje z r. 1918 i 1919 stwierdzić muszę dziś, w r. 1929, że są one nadal tak samo aktualne, tak samo dalekie od realizacji jak były wówczas. Przez 10 lat pracy w zmartwychwstałem Państwie Polskiem **nic** organizacyjnie wielkiego i trwałego w dziedzinie pedjatrji się nie stało, nie wyszliśmy dotychczas poza pierwociny organizacyjne, które jedynie pomnożyliśmy stwarzając dalsze prowizorja i odsuwając decydujące posunięcia ciągle dalej w przyszłość. W porównaniu do innych narodów i organizacyj państwowych cofnęliśmy się poważnie wstecz, bo gdy w r. 1919 nie było między nami a naszymi bliższymi i dalszymi sąsiadami pod względem organizacyjnego poziomu nauki pedjatrycznej albo żadnych różnic, albo dotyczyły one głównie jakości i ilości produkcji naukowej, a w dużo mniejszym stopniu organizacji pracy — to dziś stoimy na tem polu na szarym końcu wszystkich państw europejskich pozwoliwszy się wyprzedzić nawet Jugosławji, która wszak przed wojną nie posiadała ani jednego Wydziału lekarskiego ani w Serbji, ani pod panowaniem austrjackiem.

To zjawisko jest tak nieoczekiwanem, smutnem i groźnem w epoce dziejowej którą nazwano „Wiekiem dziecka", że należy je uzasadnić, a jednocześnie stwierdzić jego patogenezę, aby wyciągnąć z niej zasadnicze wnioski, któreby mogły doprowadzić do uzdrowienia tych stosunków.

Uzasadnieniem naszego twierdzenia, że 10 lat Państwa Polskiego nie wystarczyło na stworzenie dla pedjatrji, jako biologji wieku dziecięcego, podstaw dla koniecznego jej rozwoju, będzie zademonstrowanie stosunków pracy, jakie panują do dziś dnia w lwowskiej klinice pedjatrycznej, porównanie ich ze stosunkami na innych klinikach pedjatrycznych polskich i wreszcie skonfrontowanie ich ze stanem obecnym w tej dziedzinie zagranicą.

W referacie moim „O znaczeniu, zadaniach i organizacji współczesnego nauczania pedjatrji", który ukazał się w 1919 r. w Nr. 3 „Nowin Lekarskich" określiłem Klinikę pedjatryczną jako nietylko klinikę wieku niemowlęcego, nietylko właściwą klinikę chorób zakaźnych, ale także jako uczelnię djetetyki i odżywiania oraz najdalej sięgającą praktyczną szkołę higjeny społecznej. Kardynalne zadania kliniki pedjatrycznej sprecyzowałem w 4 puktach. 1) Klinika pedjatryczna ma być uczelnią dla studentów medycyny, lekarzy specjalizujących się w pedjatrji, pielęgniarek i opiekunek społecznych. 2) Ma dalej być szkołą organizacji pracy społecznej. 3) Warsztatem eksperymentalnej i klinicznej pracy naukowej. 4) Wzorem racjonalnie urządzonego szpitala dziecięcego.

Przejdźmy teraz te 4 punkty na przykładzie lwowskiej kliniki pedjatrycznej:

1) Jako uczelnia dla słuchaczy medycyny Klinika nie odpowiada nawet najelementarniejszym potrzebom nauczania. Przedewszystkiem cierpi ona stale na nieprawdopodobny brak materjału. Klinika Lwowska ma do dyspozycji 22 łóżeczka, w tem 10 łóżeczek dla niemowląt, a 12 dla starszych dzieci. Jest przeto niepodobieństwem przypuścić choćby na chwilę, aby ten materjał mógł wystarczyć choćby tylko na zapełnienie codziennych programowych wykładów klinicznych, cóż dopiero powiedzieć o koniecznych przy poważnem nauczaniu jakiegokolwiek działu medycyny praktycznej ćwiczeniach i wizytach klinicznych, jeżeli się zważy, że liczba słuchaczy uczęszczających na wykłady z pedjatrji dosięga nieraz w trymestrze 200 osób! Z początku mej działalności profesorskiej tak sobie tę dysproporcję brałem do serca, że pragnąc uspokoić moje sumienie nauczyciela dublowałem i tryplowałem wykłady. Ta metoda nie da się jednak przeprowadzić przez szereg lat, nie tylko ze względu na siły profesora, lecz także i siły pacjentów. Ta szczupłość klinicznego materjału sprawiła, że organizacja pracy pedagogicznej w mojej klinice poszła siłą faktów w kierunku rozbudowy ambu-

latorjum i dziś mamy we Lwowie właściwie wielką poliklinikę dziecięcą zaopatrzoną w kilka łóżeczek, które spełniają jedynie rolę podrzędną, jako zbiornik przypadków ciekawych lub rzadkich. Jeżeli do tego dodamy niesłychany poprostu fakt, że Klinika lwowska nie posiada ani jednego łóżeczka dla chorych zakaźnych, co sprawia, że od 10 lat nie mogłem zademonstrować słuchaczom ani razu przebiegu odry, błonicy, czy płonicy, to przekonamy się, że pod względem pedagogicznym Klinika lwowska stoi na najniższym poziomie, jaki można sobie wyobrazić, a który sprawia, że nauczanie pedjatrji musimy tu uważać za zupełną iluzję.

Strona techniczna wykładów klinicznych przedstawia się również beznadziejnie. Sala wykładowa zaopatrzoną została wprawdzie przezemnie w aparat projekcyjny i kinematograficzny, ale rozporządza ona oficjalnie tylko 44 miejscami, a światło dzienne skierowane jest wprost na słuchaczy, tak. że demonstracje przy świetle dziennem odbywają się pod światło. Właściwości budowy kliniki nie pozwalają niestety na żadną zmianę w tym kierunku. Można więc sobie wyobrazić co dzieje się codziennie w naszej sali wykładowej, gdy na 44 miejscach pragnie się umieścić około 200 słuchaczy! Czyż mogą oni, tłocząc się jak na procesji Bożego Ciała cośkolkiek zobaczyć, zauważyć, zapamiętać?

Podobne trudności uniemożliwiają na klinice specjalizowanie lekarzy na szerszą skalę. Elewi i wolontarjusze kliniki tłumić się muszą wyłącznie w przychodni, gdyż ze względu na brak miejsca i szczupłość materjału leżącego nie podobna dopuścić ich do sal chorych.

Tak samo nie może być mowy o kształceniu na szerszą skalę pielęgniarek czy opiekunek społecznych, tembardziej, że nawet dla etatowych naszych pielęgniarek z trudem znajdujemy na klinice pomieszczenie.

2) Jako szkoła organizacji pracy społeczno-opiekuńczej klinika, dzięki wspomnianej już rozbudowie przychodni, przedstawia się cokolwiek korzystniej. Poza zwykłą codzienną przychodnią dla chorych dzieci bez wyboru, stworzyliśmy na klinice rodzaj ośrodka opieki społecznej nad dziećmi tej dzielnicy miasta, do której należy położenie topograficzne kliniki, przedewszystkiem zaś zorganizowaliśmy wzór organizacji opieki nad niemowlęciem. Przychodnia kliniki jest przedewszystkiem centralą statystyczną i organizacyjną dla matek i niemowląt przychodzących na świat w naszej dzielnicy, oraz w pewnych dniach tygodnia, w godzinach wolnych od pracy poliklinicznej — Poradnią dla matek i niemowląt. Dzięki temu, że Prof. Bocheński zorganizował przy naszej pomocy fachowo-lekarskiej i pielęgniarskiej służbę pedjatryczną dla noworodków na swej Klinice, mogliśmy z naszą poradnią połączyć organicznie oddział dla noworodków i rozpocząć opiekę nad niemowlęciem in statu nascendi. System ten uzupełnia specjalny zakład dla Matek i niemowląt im. Dzieciątka Jezus, należący do fundacji tego imienia, którego dyrektorem jest wedle ostatnich postanowień Władzy fundacyjnej każdorazowy Prof. pedjatrji U. J. K. Zakład ten stanowi konieczne uzupełnienie naszego wzoru organizacji opieki nad niemowlęciem, przez umożliwienie uzupełnienia opieki otwartej przez zamkniętą, tam gdzie to jest nieodzownem, przez przeciwdziałanie podrzuceniu, wreszcie także i dzięki temu, że związaną z nim jest szkoła zawodowego pielęgniarstwa niemowląt, jedyną w swoim rodzaju w Polsce, bo dostarczająca także pielęgniarek domowych (Maid nurses). Zakład ten, który objąłem jako administrator Tow. im. „Dzieciątka Jezus" w r. 1922 przebudowałem wewnętrznie i przeorganizowałem, zaprowadzając w nim wszystkie nowoczesne urządzenia oraz świeckie zawodowe pielęgniarstwo. Możemy się poszczycić, bodaj czy nie najniższą śmiertelnością w tym zakładzie, gdyż w ciągu lat 6 jego działania w nowej szacie, przy 33 łóżeczkach i ruchu dzieci dochodzących do 50 rocznie, straciliśmy tylko 7-ro dzieci, z czego tylko 1 na grypowe zapalenie płuc, a resztę z powodu wad rozwojowych i niedonoszenia (dokładnie na 283 dzieci zmarło 7-ro co wynosi 2,4%!). Zakład posiada bowiem specjalny oddzialik dla wcześniaków, którego wyniki osiągają rekordowe poprostu powodzenie.

W ten sposób opieka nad niemowlęciem tworzy na Klinice pewną zamkniętą całość, która nadaje się do demonstracji i to swoje zadanie rzeczywiście spełnia.

W połączeniu z tym systemem opiekuńczym działa na Klinice jeszcze Poradnia dla dzieci obarczonych kiłą wrodzoną, pierwsza w Polsce, a jedna z pierwszych na świecie, która rozwiązała zagadnienie ambulatoryjnego leczenia kiły wrodzonej. Wyniki tej poradni prowadzonej od lat przez Kol. Heschelesa, stoją na czołowych miejscach statystyk światowych.

W ubiegłych latach prowadziliśmy na Klinice także poradnię dla dzieci szkolnych, gruźliczych i moralnie zaniedbanych czy niespołecznych i upośledzonych. Niestety brak miejsca, niemożność utrzymania odpowiedniej ilości personelu opiekuńczego, brak funduszów i wzrost akcji opieki nad niemowlęciem spowodowały zwinięcie tych działów pracy społecznej.

3) Jako warsztat pracy eksperymentalnej i klinicznej Klinika lwowska przedstawia się tak ubogo, tak ograniczonymi rozporządza środkami pod każdym względem, że tylko wielki entuzjazm może kusić się tu o poważną pracę naukową. Składa się na to a) brak materjału klinicznego. Na to aby uzbierać kilkanaście przypadków, nie mówiąc już o kilkudziesięciu, trzeba nieraz czekać miesiące i lata całe, co przy pewnych zagadnieniach eksperymentalno-klinicznych w najwyższym stopniu zniechęca i utrudnia ciągłość badań. b) Brak oddziału zakaźnego. Lwia część zagadnień współczesnej pedjatrji obraca się wokoło badań nad chorobami zakaźnemi. Jeżeli się zważy, że obecny kierownik Kliniki należy do pedjatrów wyspecjalizowanych w nauce o chorobach zakaźnych, że cała Małopolska Wschodnia nie posiada ani jednego łóżeczka dla chorych zakaźnie dzieci pod kierownictwem pedjatry, to brak oddziału zakaźnego przy klinice lwowskiej, uderza jak nieprawdopodobna poprostu bajka.

O tych trudach i zabiegach jakich używaliśmy przeprowadzając nasze badania nad odrą, płonicą, czy błonicą, nikt nie wtajemniczony nie może mieć wyobrażenia.

c) Urządzenie pracowni jest mizerne i szczególniej szczupłe. Przedewszystkiem brak miejsca. Uzupełnienie Kliniki z czasów przedwojennych do współczesnego poziomu, przez zaprowadzenie zawodowego pielęgniarstwa, stworzenie pracowni roentgenologicznej i światłoleczniczej pochłonęło część tego miejsca, które początkowo było przeznaczone na pracownie naukowe.

d) Wreszcie uposażenie naukowe Kliniki jest w zupełności nierealne przez swój nieprawdopodobnie niski poziom. Klinika otrzymuje około 2.000 zł. rocznie dotacji naukowych, gdy prenumerata pism przekracza kwotę 5.000 zł. Wszelkie plany budżetowe przedkładane rokrocznie Władzy przełożonej i wykazujące rosnące deficyty, pozostają bez żadnego efektu. Dopiero od roku mogliśmy polepszyć nieco warunki naszej pracy laboratoryjnej dzięki ad hoc wyasygnowanej kwocie 20.000 zł., której Ministerstwo użyczyło nam do przeprowadzenia pewnych doniosłych badań nad gruźlicą, będących jeszcze w toku.

W ostatecznym wyniku tych trudności produkcja naukowa Kliniki przypomina łudząco męki Syzyfa w połączeniu z katuszami Tantala: rozwiązanie najprostszego zagadnienia wymaga napięcia niewspółmiernej energji do osiągalnych wyników, cały zaś szereg kuszących, a z kierunkiem pracy kliniki związanych zadań naukowych musi leżeć odłogiem, lub ciągnąć się bez końca aż do chwili, gdy je wypełni jeden z zakładów zagranicznych. To też Klinika może się pochwalić w porównaniu do zakładów zagranicznych stosunkowo znikomym dorobkiem naukowym, jeżeli chodzi o ilość. W ciągu 10 lat ogłosiliśmy drukiem wszystkiego 120 prac, w tem 60 o charakterze eksperymentalnym lub eksperymentalno-klinicznym, w językach polskim, francuskim i niemieckim. Uważaliśmy za obowiązek ogłaszać prace nasze za granicą dla zadokumentowania naszego istnienia na rynku światowym. Małą ilość naszej produkcji publicystycznej staraliśmy się zrównoważyć przez jakość komunikatów; że osiągneliśmy w tym kierunku pewne wyniki dowodzi fakt, że prace kliniki lwowskiej wchodzą do piśmiennictwa światowego, a klinika nasza posiada za granicą ustaloną opinję poważnie pracującego Zakładu naukowego. Toteż niejednokrotnie jest ona zapraszaną do współpracy na terenie międzynarodowym, czy to jako współpracowniczka zbiorowych dzieł naukowych, czy też uczestniczka zjazdów i konferencyj.

4) Zadania swego, jako wzór racjonalnie urządzonego szpitala dla dzieci, klinika lwowska przy swej mikroskopijności wypełnić nie może. Wprawdzie pielęgnacja chorych doprowadzona jest tu dzięki starannnie wychowanemu personelowi pielęgniarskiemu do bardzo wysokiego poziomu, postępy zaś współczesnej techniki szpitalnej staramy się natychmiast wprowadzać w życie — są to jednak wszystko usiłowania, które zbyt wielkiego wpływu na organizację pracy szpitalnej poza kliniką mieć nie mogą. Zato od lat 10 wzrosło niesłychanie zaufanie społeczeństwa do kliniki. Gdy dawniej oddanie dziecka na klinikę było dla rodziny decyzją bardzo ciężką i wskutek tego zamożniejsze lub inteligentniejsze rodziny prawie nigdy nie decydowały się na ten zasadniczy krok, o ile nie zachodziła ostateczna potrzeba szpitalnego leczenia, to dziś nawet najzamożniejsze rodziny

z dobrze sytuowanych sfer społecznych ubiegają się nieraz o przyjęcie dziecka na klinikę, nawet w przypadkach zupełnie lekkich. Klinika ma przedewszystkiem wyrobioną markę pod względem umiejętnego przeprowadzania odżywiania, nietylko u niemowląt, ale i u starszych dzieci, słynie dalej z wyspecjalizowania się w dziedzinie leczenia cukrzycy (pod tym względem konkuruje nasza Klinika jedynie z Kliniką wiedeńską).

Jak w stosunku do tego bardzo smutnego stanu przedstawia się praca na innych Klinikach pedjatrycznych polskich? Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że wszystkie polskie Kliniki chorób dziecięcych, a jest ich poza Lwowem 4: Kraków, Warszawa, Poznań i Wilno — cierpią na zupełnie analogiczne niedomagania co Klinika lwowska. Na czoło pod tym względem wybija się Klinika krakowska, która do dziś dnia nie posiada własnego dachu i gnieździ się w szpitaliku św. Ludwika. Prof. Lewkowicz ma zatem najtrudniejsze warunki pracy, i podziwiać należy, że w tych warunkach potrafi tak wybitnie pracować naukowo. Najlepiej wyposażoną jest Klinka warszawska, ale i ta umieszczona jest prowizorycznie, posiada jak na potrzeby Uniwersytetu Warszawskiego, a więc stołecznego, o wiele za małą ilość łóżek, brak jej oddziału zakaźnego, którego przecież całkowicie Szpital Karola i Marji, położony na drugim końcu miasta zastąpić nie jest w stanie, i tak samo jak lwowska cierpi na chroniczny brak środków. Tylko energji Prof. Michałowicza zawdzięcza ona swój rozkwit naukowy, który tak samo, jak u nas połączony jest jednak z nieproporcjonalnie wielkim wysiłkiem. Praca eksperymentalna jest o tyle w Warszawie łatwiejszą, że Klinika współpracuje ściśle z Państwowym Zakładem Higjeny świetnie wyposażonym i zaopatrzonym we wszystkie pomoce naukowe.

Poznań i Wilno są ciągle jeszcze w trakcie organizacji a i te Kliniki są umieszczone prowizorycznie. Poznań wprawdzie dużo wygodniej i bogaciej aniżeli biedne Wilno, mieszczące się w barakach wojskowych, niemniej jednak także w sposób nieodpowiadający istotnym i współczesnym wymaganiom.Te same braki, o których ciągle jest mowa, zatruwają życie tak Prof. Jonschera, jak i Prof. Jasińskiego.

W porównaniu z tym nad wyraz smutnym stanem naszych warsztatów pedjatrycznych,, z którym się łączy również smutny stan naszego szpitalnictwa dziecięcego: Polska posiada wszystkiego 2 na poziomie współczesnym zorganizowane szpitale dziecięce, Szpital Karola i Marji w Warszawie i szpital Anny w Łodzi — (porównaj M o g i l n i c k i[1]) na Zjeździe w Wilnie w roku 1927) rozwój uczelni pedjatrycznych za granicą osiągnął po wojnie niebywały wprost poziom rozkwitu. Pomijam oczywiście Niemcy i Austrję jako te kraje, które już przed wojną słynęły ze swej nauki pedjatrycznej i swych szkół lekarskich, chociaż w Niemczech dopiero po wojnie wybudowano cały szereg zupełnie nowych uniwersyteckich Klinik pedjatrycznych, ale rozpatrzmy dla zniwelowania różnic gospodarczych, jakie zachodzą między Polską a Niemcami, stosunki panujące w kraju mniejszym od Polski, okrojonym przez wojnę, walczącym z całym szeregiem organizacyjnych trudności — Węgry. Węgry potrafiły, utraciwszy dzięki traktatowi w Trianon uniwersytety w Preszburgu i w Kolosvarze — wybudować po wojnie już 3 nowe zupełnie kliniki pedjatryczne (Pecs, Szegedin, Debreczen) wyposażone we wszystkie najnowsze zdobycze naukowe, po 100 do 200 łóżek każda. Stąd nauka pedjatryczna węgierska jak i poziom opieki nad dzieckiem w kraju dosięga już standartowego ogólno - światowego poziomu. Dlaczego więc było to u nas dotychczas niemożliwem? Czy prawda jest, że Polska nie mogła sobie dotąd pozwolić na jedną chociażby klinikę pedjatryczną odpowiadającą potrzebom — czy prawdą jest, że była dotąd za biedną? N i e, p o s t o k r o ć n i e! Przyczyn tego zjawiska szukać trzeba gdzieindziej. Postaramy się je naświetlić.

1) Bodaj czy nie najważniejszym czynnikiem hamującym rozkwit organizacji nauczania pedjatrji w Polsce jest ciągle jeszcze rozgrywająca się walka o hegemonję medycyny zapobiegawczej na terenie opieki społecznej. Walka ta na Zachodzie już została rozegraną. U nas ostateczne zwycięstwo czynnika lekarskiego w organizacji opieki społecznej opóźnia w znacznym stopniu brak szerszego ogółu społecznie uświadomionych lekarzy i wskutek tego ciągła jeszcze przewaga wpływów administracyjnych, prawniczych, a przedewszystkiem charytatywno - dobroczynnych na sprawy opieki społecznej. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech tych wpływów jest paniczna obawa wydatkowania znaczniejszych sum na cele organizacyjne i personalne. Dobroczynność broni się jak może tak przed kosztami utrzymania zawodowego personelu opiekuńczego, jak przed zaangażowaniem się w pracę podstawową, inwestycyjną. Woli ona pomoc doraźną i jest przekonaną, że wydatkowanie bezpośrednie — równoznaczne z rozdawnictwem jałmużny, z naszego punktu widzenia — szybciej i skuteczniej prowadzi do celu. Dlatego to Polska wydała może w ub. latach dużo, dużo więcej na cele opieki nad dzieckiem, aniżeli np. Węgry, a pomimo to nie stworzyła nic podstawowego dla urzeczywistnienia najważniejszych jej postulatów. Zakładanie poradni, budowa schronisk i żłobków, sanatorjów dla dzieci i t. p. jednostek organizacyjnych, wszystkich miernie bardzo uposażonych, jest pracą w wysokim stopniu iluzoryczną dopóty, dopóki jedna czy dwie kliniki pedjatryczne, stojące na poziomie współczesnych wymagań nie wykształcą należytych zastępów lekarzy i pielęgniarek, zdolnych do realnej pracy opiekuńczej. Jest to rozpoczynanie budowy od dachu a nie od podstaw.

Ten stan rzeczy tłumaczy nam nietylko brak inicjatywy w kierunku stworzenia odpowiednich naszym potrzebom i naszej kulturze warsztatów naukowej pracy pedjatrycznej, lecz nawet pewną niechęć w tym kierunku ze strony czynników rządowych, samorządowych i społecznych.

2) Drugim powodem upośledzenia nauki pedjatrycznej w Polsce, jest brak zrozumienia dla tej dziedziny wśród wielkiego ogółu lekarskiego. Ciągle jeszcze pokutuje u nas przekonanie, że pedjatrja różni się od medycyny wewnętrznej jedynie doświadczeniem dotyczącem niemowlęcia, do którego nawet najbardziej uniwersalny internista odnosi się przecież z pewnem uszanowaniem. Wyrazem tego przekonania jest upośledzenie pedjatrji we wszystkich projektach studjów lekarskich. Tymczasem pedjatrja staje się w rzeczywistości coraz bardziej podstawą całej wiedzy lekarskiej, jest jedyną dzisiaj dziedziną medycyny, posiadającą charakter uniwersalny i dającą uczącemu się całokształt zagadnień biologicznych, związanych z ustrojem człowieka. To też z każdym rokiem pedjatrja staje się coraz to głębszą skarbnicą podniet dla całego szeregu innych specjalności lekarskich, nie wyłączając medycyny wewnętrznej.

Do tej nieznajomości i rozpiętości współczesnej nauki pedjatrycznej przychodzi jeszcze niechęć do ściśle z pedjatrją związanego zawodowego pielęgniarstwa. Zawodowe pielęgniarstwo jest w Polsce ciągle jeszcze nowością rażącą całe zastępy konserwatywnie usposobionych lekarzy szpitalnych, którzy nie pojmują istoty reformy Florencji Nightingale i uważają zawód pielęgniarski za coś zbliżonego do dawnych felczerów z b. zaboru rosyjskiego, za coś, co może w danej chwili zejść na tory znachorstwa. Gehennę reformatorstwa pielęgniarstwa polskiego przeszedłem na sobie, Obejmując Klinikę lwowską po ś. p. Rączyńskim zastałem 2 siostry zakonne, pielęgnujące 24 dzieci przy pomocy dziewcząt wiejskich. Praca zakonnic ograniczała się prawie wyłącznie do spraw gospodarczo - administracyjnych, dzieci zaś były poruczone opiece nieumiejących prawie czytać posługaczek. Stan ten pobudził mnie do założenia własnej szkoły pielęgniarek. Szkoła ta z programem 3-letnim została rzeczywiście, jako pierwsza Szkoła zawodowa pielęgniarek w Niepodległej Polsce założona już jesienią 1919 r. a zatem na długo przed zorganizowaniem amerykańskich szkół w Warszawie, Poznaniu a potem Krakowie. Plan organizacyjny tej szkoły przewidywał kształcenie pielęgniarek ogólnych, nietylko dziecięcych, stworzenie instytutu pielęgniarskiego dla wszystkich Klinik lwowskiego Wydziału lekarskiego i stopniowe zaopatrzenie w pielęgniarki zawodowe całego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Niestety, początkowe zainteresowanie się tem przedsięwzięciem czynników miarodajnych malało z każdym miesiącem. Inicjatywa była przecież polska, a nie amerykańska i łatwo mogła zostać sponiewieraną. Wysiłkom moim nikt, pomimo obietnic, pomimo zobowiązań, nie przyszedł z pomocą i efekt końcowy był taki, że po wyszkoleniu pierwszego maleńkiego kontyngentu pielęgniarek w okresie 4-letnim — szkoła musiała być z braku funduszów i braku zainteresowania się nią, a nawet na skutek walki z jej posłannictwem zlikwidowana. Utkwiło mi tylko w pamięci powiedzenie jednego z wybitnych polskich internistów w czasie tego kryzysu mej szkoły — które jest tak charakterystyczne dla historycznej oceny rozwoju naszej medycyny, że je tu powtórzyć muszę: „Zawodowe pielęgniarstwo jest powojenną psychozą“!

W ten sposób Lwów został pozbawiony rodzimej szkoły pielęgniarstwa na długie lata i dziś w tych klinikach, które zachowały współczesny system pielęgnowania chorych, stan pielęgniarek uzupełnia się z 2-letniej szkoły pielęgniarstwa niemowlę-

---

[1]) Referat M o g i l n i c k i e g o zawiera druzgocące wprost zestawienia statystyczne dotyczące naszego szpitalnictwa.

cego, którą prowadzą prywatnie przy Zakładzie im. Dzieciątka Jezus.

3) Ostatnią wreszcie przeszkodą dla powstania uczelni pedjatrycznych w Polsce jest demokratyczno - parlamentarny system pracy naszych wydziałów lekarskich, który nakłada hamulce na inicjatywę swych poszczególnych członków. System ten jest w wysokiej mierze zaprzeczeniem potrzeby naturalnego rozwoju poszczególnych działów wiedzy lekarskiej, opierającego się wszędzie i zawsze na inicjatywie, ambicji i energji osobniczej. Ustalanie porządku inwestycji i budów drogą kolegjalną i zamykanie drogi staraniom osobniczym jest iluzją, prowadzącą jedynie do zahamowania prawdziwego postępu. Życie i jego przejawy przejdą oczywiście nad temi próbami ujednostajnienia postępu i zniwelowania energji osobistej — do porządku dziennego. Ale efekt opóźniający naturalny rozkwit zdolności osobniczych, dostosowany do potrzeb twórczych i rzetelnej produkcji — jest na lata całe osiągnięty i nietylko pedjatrji, ale całemu szeregowi innych dziedzin wiedzy lekarskiej daje się we znaki.

Wiem, że przytoczony powyżej obraz warunków pracy, w jakich nad rozwojem polskiej pedjatrji minęło lat 10, nie tłumaczy jeszcze ostatecznego niedotrzymania moich zamierzeń i zobowiązań. Ktoś zdolniejszy i w większą wyposażony energję, o silniejszych nerwach i mocniejszej woli, byłby sobie może i z temi wszystkiemi przeciwnościami poradzić umiał. Jednak przyznać trzeba, że do tego potrzeba było indywidualności wysoko wybiegającej ponad przeciętność, indywidualności genjalnej, o które w dzisiejszych czasach coraz — coraz trudniej.

St. PROGULSKI. Lwów.

O stosowaniu Nirwanolu w pląsawicy i o chorobie nirwanolowej.

Z kiniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Z pośród wielu środków farmakologicznych zdawna stosowanych w pląsawicy, coraz więcej znaczenia zyskuje sobie nirwanol jako lek, który w większości przypadków przynosi w tej ciężkiej i zazwyczaj długotrwałej chorobie rychłe wyleczenie. W porównaniu więc z dawnemi metodami ten sposób leczenia stanowi wielki postęp. Jednakże, aby osiągnąć skuteczny wynik trzeba, aby chory leczony nirwanolem doznał wielu zaburzeń, które pod postacią objawów chorobowych stanowią odczyn ustroju, jednem słowem, aby chory przeszedł „chorobę nirwanolową". Wobec takich okoliczności należy przedewszystkiem zapoznać się z działaniem tego środka, nauczyć się wskazań do jego użycia, aby uniknąć szkody, jaką mógłby wywołać. Na ziemiach polskich jest on mało znany i niewypróbowany, jak o tem świadczą drobne tylko zapiski terapeutyczne lub tu i ówdzie spotykane opisy poszczególnych przypadków (Iwaszkiewicz).

Nirwanol[1]) jest krystaloidem, pochodnym mocznika, w swej budowie chemicznej ma wiele podobieństwa do luminalu. Jest on środkiem słabo nasennym, przeciwnie jakby się z nazwy jego domyślać można i w dawkach zwyczajnych podawany t. j. 0,3 działania nasennego rozwinąć nie może. Natomiast przyjmowany wewnętrznie lub śródmięśniowo przez 7—12 dni zrzędu doprowadza do szeregu zmian charakterystycznych. Mniej więcej w 10-ym dniu zjawia się u chorych gorączka, wahająca się przez kilka dni w granicach między 37—40°, a równocześnie z nią ukazuje się na skórze twarzy, szyji, za uszami, na tułowiu i kończynach, szczególnie po zewnętrznej ich stronie, drobna wysypka, różowa, tu i ówdzie z maleńkiemi wybroczynkami. Na twarzy około oczu mogą się zjawić lekkie obrzęki a dokoła ust blada obwódka, skutkiem czego obraz ten wyglądem swym przypomina łudząco płonicę. Podobieństwo to może być tak wielkie, że już nieraz oddzielano takich chorych z powodu podejrzenia o szkarlatynę. Wysypki tej, jak stwierdziliśmy, nie udaje się zgasić miejscowo surowicą przeciwpłoniczą na wzór objawów wygasania Charlton - Schultzego. Innym razem wysypka nirwanolowa przypominać może poronną odrę, tem więcej, że i spojówki powiek doznają silnego przekrwienia, a na błonie śluzowej jamy ust i gardła stwierdza się wyraźne zaczerwienienie. Za uszami drobne gruczoły dopełniają podobieństwa do odry lub różyczki. Dobry stan ogólny chorych, mimo lekkiego wyczerpania, nie budzi zazwyczaj obawy i nie ulega dalszym powikłaniom. Po 5—6 dniach wszystkie objawy zwolna znikają. Podobnie jak w widzialnym obrazie klinicznym, dokonuje się wiele ważnych zmian w obrazie krwi i w procesach przemiany materji. Po tych kilku dniach trwania choroby zauważyć można wybitną poprawę w dotychczasowym stanie chorych, a nagłą tę zmianę łatwo ocenić, porównując różnicę ruchów pląsawiczych przed i po kuracji. Dotychczas ciężko chore dzieci z zaburzeniami motorycznemi i psychicznemi, stają się spokojne, zaczynają same jeść i mówią, czas jakiś trwające drobne ruchy kończyn ustępują zupełnie i chorzy rychło wracają do zdrowia.

Jak wspomniano, w przeważającej większości, bo w $^2/_3$ przypadków leczonych nirwanolem, przychodzi do wybuchu choroby (Lesigang), w $^1/_3$ natomiast zdarza się, iż mimo codziennego podawania lek ten zawodzi. W jednym z opisanych przypadków nawet po 20 dniach nie przyszło do ujawnienia się jakichkolwiek objawów. Ustrój zachował się przeto wobec nirwanolu najzupełniej obojętnie, a stan zdrowia chorego nie uległ żadnej poprawie. U innych znów osobników, którzy również na chorobę nirwanolową nie zapadli, dały się wykazać jedynie badaniem krwi znaczne zmiany odbiegające od prawidłowego obrazu, jako to zwiększenie się ilości ciałek białych, przesunięcie obrazu neutrofilnego na lewo według Schillinga, wzrost limfocytów i monocytów, a także i ciałek eozynochlonnych. Ten ostatni przykład służy dowodem, że możliwe są przemiany w ustroju pod wpływem zadawanego leku, bez uwidocznienia się objawów klinicznych na zewnątrz, i taki sposób odczynowości ustroju zowie się odczynem niedochodzącym do progu ujawnienia się objawów. („Unterschwellige Reaktion"). Zdarzyć się nadto mogą jeszcze inne możliwości. Przed kilku laty mogliśmy stwierdzić poprawę ruchów pląsawiczych u kilkuletniej dziewczynki po pięciorazowem zaledwie podaniu nirwanolu. Do odczynu w tym przypadku nie przyszło, a wobec poprawy objawów, dalszego podawania zaniechaliśmy.

Drugiem niezwykłem zjawiskiem w chorobie nirwanolowej jest fakt, iż po jej przebyciu, ustrój naczula się na nirwanol. Wtedy to już jednorazowa dawka tego leku w kilka godzin po zażyciu, wywołać może ponowny wybuch choroby, a podobny obraz odczynu gorączkowo-wysypkowego ujawnić się może nawet i wówczas, gdy za pierwszym razem do zewnętrznego odczynu wcale nie przyszło. Rzadziej udaje się naczulić ustrój już po 2—3 dawkach, lecz i wtedy koniecznem jest, aby upłynął pewien „okres wylęgania" od chwili zakończenia leczenia.

Nie zawsze udaje się wprawić chorego w stan naczulenia. Dziewczynka lat $6^1/_2$, przyj. 8. II. 1929. Typowe ruchy pląsawicze znacznego nasilenia. Podano nirwanol po 0,3 przez dni dziesięć. 11-go dnia choroba nirwanolowa z wysypką i gorączką. Po tygodniu znaczna poprawa tak, że chora uleczona opuszcza klinikę 23. III. Po dwóch tygodniach pobytu w domu nawrót pląsawicy. 8. V. przyjęta z powrotem do Kliniki. Ruchy pląsawicze miernego nasilenia. Podano nirwanol po 0.3 przez dni 15. Do żadnego odczynu zewnętrznego nie przyszło. Kiedy ilość ciałek białych zmalała do 3.800, zaniechano dalszego leczenia. Ruchy pląsawicze po kilku dniach ustały najzupełniej, powrót do zdrowia.

W przypadku powyższym chora mimo przebytej już kuracji i choroby nirwanolowej w 10 tygodni później nietylko nie doznała objawów nadwrażliwości na nową dawkę, ale nawet znosiła nirwanol (w całej ilości 4,5 gr) przez czas dłuższy bezkarnie.

To niezwyczajne zachowanie się ustroju przypomina pewne zjawiska anafilaktyczne znane jako „odczulenie" na zadawany antigen (n. p. małe, a częste dawki surowicy, leczenie peptonem i t. d.).

Zarówno klinika objawów tej choroby jak i swoiste dla niej właściwości znane w dziedzinie imunologji, usprawiedliwiają nazwę „choroby nirwanolowej", której użył Pfaundler, trafnie podkreślając podobieństwo jej do innych zaburzeń anafilaktycznych, jak choroby posurowiczej, choroby siennej i t. p.

W ostatnich latach zaobserwowano nadto mniej znane obrazy oddziaływania ustroju na nirwanol, a mianowicie zanotowano dotychczas 7 przypadków (Sehestedt) nawrotu tej choroby. W 10—12 dni po przebytej chorobie nirwanolowej, kiedy już ustały ruchy pląsawicze i chory wracał do zdrowia, nagle zjawiała się po raz wtóry gorączka z typową wysypką. Okazuje się, że przypadki nawrotów tej choroby przebiegały nieporównanie ciężej, zdarzając się zapewne u osobników szczególniej na nirwanol wrażliwych. Od czego zależy ukazywanie się nawrotów, nie jest wiadomem, bodziec, któryby miał taki nawrót sprowokować nie dawał się zawsze wyśledzić, albo też domyślano

---

[1]) Stwierdzono, że nirwanol f. Heyden najlepiej spełnia swoje zadanie (Lust).

się go tylko. Tak n. p. w jednym przypadku miało nim być wystawienie chorego na działanie promieni słonecznych (H u s l e r). Nie jest przekonywującem, aby istotnie światło miało być bodźcem naczulającym. Albowiem w jednym z naszych przypadków nie przyszło do najmniejszego odczynu mimo, że chora nasza dostawała od dłuższego czasu nirwanol a zarazem, dla innego celu, naświetlała się coraz większemi dawkami lampy kwarcowej.

Dyspozycji do tego rodzaju odczynów należałoby szukać w szczególniejszej ustrojowości dzieci, lub też w osobniczej skłonności anafilaktycznej (B e h r e n d t i F r e u d e n b e r g). U dorosłych chorobę nirwanolową wywołać jest znacznie trudniej, okres wylęgania ma być krótszy i nawrotów dotychczas nie zanotowano.

Jak więc okazuje się, leczenie nirwanolem nie jest zadaniem łatwem ani wygodnem. Wybierając tą metodę, należy wziąć w rachubę możliwość i kapryśność choroby nirwanolowej z wszystkiemi jej objawami, z których nie jeden może wymagać interwencji lekarskiej. Ta okoliczność stanęła zapewne na przeszkodzie, że jakkolwiek nirwanol jest środkiem cenionym i przez niektórych autorów uważany za specyfik w pląsawicy, to lekarz praktyczny, zdany na trudne warunki pracy w domu chorego, mało jest jeszcze z tym środkiem obeznany. Wobec tych trudności możnaby słusznie zapytać, czy lek ten nadaje się do szerokiego zastosowania? Należy jeszcze dodać,że w ostatnich czasach rozszerzono wskazania nirwanolu również na inne jeszcze choroby (epilepsja, stany zapalne mózgu).

Kto spostrzegał niezwykłe wyniki szybkich uleczeń tak ciężkiej i długiej choroby, jaką jest nieraz pląsawica, ten nie zechce się wyrzec tego środka, natomiast wskazanem jest, aby dokładnie poznać warunki w jakich należy go użyć i umieć zdawać sobie sprawę z każdego objawu, aby żaden z nich nie uszedł uwagi i nie był dla leczącego niespodzianką.

W ciągu 10 lat obserwacji, a więc od czasu, kiedy zwykły przypadek i empirja (F r i e d a R ö d e r) wprowadziły go do lecznictwa, ustalono już pewne praktyczne wskazówki. Do leczenia nirwanolem nadają się przypadki pląsawicy w ciężkiej i uporczywej jej postaci, a leczenie należy przeprowadzać w zakładzie leczniczym, gdzie lekarz ma nieskrępowaną swobodę działania i gdzie jest stały dozór lekarski. Dzieci z konstytucją limfatyczną lub wybitnie neuropatyczne nie nadają się do przebywania choroby nirwanolowej. Dawki dzienne nie powinne przekraczać ilości 0,3 i nie należy ich podawać dłużej nad dni 10. W razie najlżejszych objawów wysypki i gorączki trzeba zaprzestać dalszego podawania leku. Stała kontrola obrazu krwi jest niezbędna. Zmniejszanie się ciałek białych poniżej ilości 2000 wskazuje na konieczność przerwania kuracji. Ze względu na możliwość burzliwych objawów w chorobie nirwanolowej należy unikać powtórnego stosowania nirwanolu i to przez dłuższy okres czasu. Dla przykładu warto przytoczyć, że w jednym przypadku stan naczulenia trwał przez 5 miesięcy (L e s i g a n g). Chorych po przebytej kuracji należy pozostawić w szpitalu przynajmniej przez kilka tygodni, gdyż znane są przypadki późnych wybuchów choroby nirwanolowej.

Poza znaczeniem praktycznem, jakie nirwanol mieć może, choroba przezeń wywołana stanowi ciekawe zagadnienie teoretyczno-naukowe. Mechanizm działania tego leku doprowadzającego w sposób sztuczny do choroby łudząco podobnej do choroby wysypkowej, jest jeszcze zagadką, której rozwiązanie będzie z pewnością przedmiotem ciekawych badań. Zachęcająco wpływać będzie łatwość reprodukowania tej choroby, a nadto aktualność samej sprawy, która ze względu na swe podobieństwo do zjawisk anafilaktycznych stoi w wirze prac eksperymentalnych i rozważań nad tymże tematem.

Wszystkie objawy kliniczne choroby nirwanolowej, jakoto wysypka z gorączką, zjawiające się nagle po okresie „wylęgania“, leukocytoza i eozynofilja we krwi, uzyskanie naczulenia po jej przebyciu, wszystko to zdaje się wskazywać na anafilaksję, jako istotę tych przemian. Ostatnie prace de R u d d e r a dopełniają tego poglądu. Okazuje się, że podobnie jak w chorobie posurowiczej, która jest odczynem anafilaktycznym, przychodzi również w czasie wylęgania choroby nirwanolowej do chemicznego przestroju organizmu w stan alkalozy, a z chwilą ukazania się wysypki i gorączki dokonuje się nagły zwrot w kierunku kwasicy. Wyrazem tych zmian jest obniżenie się w moczu pierwszorzędnych fosforanów jako wykładnika kwasowości ustroju i odjonizowanie wapna w krwi. Ze strony klinicznej daje się w chwili tych zaburzeń chemicznych stwierdzić wzrost pobudliwości elektrycznej, która może osiągnąć nawet wartości spotykane w tężyczce. (Spostrzegane nasilenie niepokoju motorycznego i możliwość drgawek tuż przed odczynem nirwanolowym „tężyczka proanafilaktyczna“). Choroba nirwanolowa ma przeto charakter odczynu anafilaktycznego o typie choroby posurowiczej. Z porównania tych dwóch chorób eksperymentalnych wynikałoby, że nirwanotl może być antigenem, jakkolwiek nie jest ciałem białkowatem, lecz krystaloidem o prostej budowie chemicznej. Istnieją już przykłady pewnych ciał również niebiałkowych o własnościacch antigennych (abryna), lecz nirwanol jako ciało szybko wydalane z ustroju, niema warunków do wytwarzania niweczników i zapewne tylko dzięki przedłużonemu podawaniu go, ustrój się nim nasyca i może wtedy naśladować działanie anafilaktyczne. Czy więc choroba nirwanolowa jest bezspornie zjawiskiem anafilaksji? Wprawdzie ciało to spełnia niektóre postulaty przywiązywane do tego zjawiska, jednak z drugiej strony nie udaje się spełnić w eksperymencie z nim innych jeszcze żądanych warunków. I tak ogólnie bierne przeniesienie anafilaksji z surowicą nirwanolizowanych jak i przeniesienie miejscowe metodą Prausnitz-Küstner zawodzi, w pewnej ilości przypadków nie można wogóle wywołać żadnego odczynu u naczulonych już nirwanolem. To są argumenty przemawiające przeciw anafilaksji jako istocie choroby nirwanolowej. Nie jest też ona zwykłą idjosynkrazją, albowiem ta zjawia się już po zażyciu pierwszej dawki, czego tu nie można osiągnąć. Najbardziej jeszcze odpowiada proces odczynu nirwanolowego zjawisku allergji, która jest pojęciem szerszem, ujmującem zarówno objawy anafilaksji, jakoteż idiosynkrazji. Te ostatnie są „jakby biegunami (D o e r r) tego samego łańcucha zjawisk zarówno złączonemi z sobą jak i przechodzącemi w siebie“. W chorobie nirwanolowej podobnie jak w astmie nabywa ustrój nową niezwykłą i swoistą zdolność oddziaływania na pewne ciała chemiczne, nieszkodliwe dla normalnego osobnika. Zewnętrznym ich wyrazem jest sztucznie wytworzona choroba.

Na czem polega skuteczność lecznicza nirwanolu trudno jest orzec, bardzo możliwe, że lek ten rozwija, na wzór ciał proteinowych (malarja lub tyfus powrotny) ergotropowe działanie z szczególniejszym, wybiórczym wpływem na schorzałe w pląsawicy zwoje mózgowe.

W przypuszczeniu, że wpływ taki rzeczywiście jest możliwy, wyłaniają się dalsze pomysły użycia tego środka w innych schorzeniach nerwowych niezadaleko posuniętych jak n. p. w chorobie Parkinsona (Langstein), lub w epidemicznem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych (Mader), opierającem się leczeniu surowicą.

W każdym razie rozdział prac nad nirwanolem nie jest jeszcze skończonym.

Piśmiennictwo.

F e e r: M. f. Kind. T. 42. 1929. — H u s l e r: Z. f. Kind. T. 38. 1924. — I w a s z k i e w i c z: Ped. Pol. 1928. T. 8. Z. 5. — K e l l e r: D. m. W. 1928. str. 1880. — L e s i g a n g: M. f. Kind. T. 40. Z. 4. 1928. — M a d e r: D. m. W. 1928—1873. — R u d d e r: Z. f. K. T. 42. str. 561. — S e h e s t e d t: D. m. W. 1929, str. 740. — S t e t t n e r: Z. f. K. 1928. T. 45.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI i Dr. Fr. REDLICH. Lwów.

Opieka pediatryczna nad noworodkiem w zakładach położniczych.

Z Kliniki położniczej (Dyr. Prof. Dr. K. B o c h e ń s k i)
i Kliniki pediatrycznej (Dyr. Prof. Dr. Fr. G r ö e r)
Uniw. Jana Kazimierza.

Do niedawna jednym z najbardziej upośledzonych działów opieki nad dzieckiem była opieka nad noworodkiem. Dzieckiem nowonarodzonem zajmowała się w pierwszym rzędzie położna, której kwalifikacje pod tym względem wiele pozostawiały do życzenia. Wiadomości przeciętnej położnej z zakresu odżywiania i higjeny niemowląt były nikłe, a co gorsza przeważnie błędne. Ale i ogół lekarzy, którzy wiedzę swą czerpali w czasach, kiedy pedjatrja znajdowała się jeszcze w powijakach, zadaniu temu nieraz mimo najlepszych chęci sprostać nie mógł. Nie o wiele lepiej przedstawiała się sprawa do niedawna na klinikach i oddziałach położniczych. W instytucjach tych, gdzie z przyczyn łatwo zrozumiałych całą uwagę poświęcano kobiecie rodzącej, dziecko znajdowało się na drugim planie, opieka nad noworodkiem spoczywała z nielicznemi wyjątkami głównie w ręku akuszerek i służby, brak był natomiast odpowiednio wykształconego personelu pielęgniarskiego. Dużo czasu trzeba było, zanim przekonano się, że konieczną

jest radykalna reforma dotychczasowych stosunków, domagali się jej przedewszystkiem pedjatrzy, którzy na każdym kroku przekonać się mogli o skutkach nieracjonalnie przeprowadzonej opieki nad dzieckiem nowonarodzonem. Położnik, który miał w swej pieczy dziecko tylko w pierwszych dniach po urodzeniu, nie miał zazwyczaj sposobności spostrzegania uszkodzeń wynikłych z nieodpowiedniego odżywiania i pielęgnacji noworodka, ponieważ uszkodzenia te występowały dopiero po wyjściu dziecka z zakładu, w postaci zaburzeń w odżywianiu i różnorodnych zakażeń miejscowych i ogólnych, zbyt często do śmierci prowadzących. Odbijało się to bardzo wyraźnie na śmiertelności niemowląt w pierwszym okresie ich życia.

Z doniosłości opieki nad dzieckiem nowonarodzonem zdawano sobie sprawę już przed laty na Zachodzie, gdzie noworodkiem opiekowali się pedjatrzy lub odpowiednio w tym kierunku wyszkoleni położnicy. U nas natomiast kwestja ta stała się dopiero od niedawna aktualną. Inicjatywa w tym kierunku wyszła ze Lwowa, gdzie przed niespełna 6 laty wprowadzono na wzór podobnych urządzeń zagranicą, na klinice położniczej stałą opiekę pedjatryczną nad noworodkiem i poruczono pieczę nad tym tak ważnym dla dalszego rozwoju okresem dziecka specjalnie wykształconym pielęgniarkom.

Organizacja opieki nad noworodkiem w klinice położniczej.

Przy organizacji opieki nad noworodkiem oznaczyliśmy ściśle zakres działania pedjatry i pielęgniarki dziecięcej. Lekarz bada każde nowonarodzone dziecko w dniu urodzin, w 8-ym dniu życia i w dniu odejścia z kliniki położniczej, pozatem przy ukazaniu się objawów chorobowych, ilekroć tego zachodzi potrzeba. Ponadto lekarz przegląda codziennie przy wizycie karty dzieci, na których pielęgniarka oddziałowa notuje wszelkie uwagi dotyczące odżywienia, ciepłoty, wagi i zachowania się dziecka, oprócz tego siostra donosi ustnie o swoich spostrzeżeniach lekarzowi. Pielęgniarka wykonuje wszystkie czynności związane z higjeną i odżywianiem dziecka. Każde dziecko posiada w książce oddziałowej swoją kartę, z której odczytać można rozwój i zachowanie się noworodka przez cały czas pobytu w klinice położniczej.

Oddział położniczy kliniki lwowskiej posiada 30 łóżek dla położnic zdrowych, rozmieszczonych na jednem piętrze. Podział służby pielęgniarskiej jest taki, że na 15 położnic przypadają 3 pielęgniarki, które pełnią służbę w ciągu dnia t. j. od 6 do 20 godziny. Z tych 3 pielęgniarek jedna jest starsza t. zw. siostra odziałowa, która odpowiada za swój oddział bezpośrednio przed siostrą przełożoną. Zazwyczaj ma ona przydzielone uczenice, za które również ponosi pełną odpowiedzialność. W porze nocnej t. j. od godziny 20 do 6 pełni na każdym oddziale służbę tylko jedna pielęgniarka, która przez cały czas pełnienia służby nocnej zwolniona jest z pracy dziennej na oddziale. Trwa to kolejno przez 2 tygodnie.

Systematyczna praca na oddziale rozpoczyna się o godzinie 6 rano kąpielą dzieci. Kąpie dzieci siostra oddziałowa w obecności lekarza i uczniów pełniących dyżur w internacie. Kąpieli dzieci przypatrują się również położnice, którym siostra oddziałowa udziela równocześnie wskazówek. Po kąpieli dzieci rozpoczyna się praca około położnic, jak mierzenie ciepłoty, liczenie tętna, zmywanie, a następnie dopiero karmienie dzieci.

O godzinie 8-mej jest wizyta lekarska, prowadzona przez asystenta danego oddziału Kliniki położniczej. Asystent ten tylko wyjątkowo wydaje w razie potrzeby pewne zlecenia odnośnie do dzieci. Główna wizyta u dzieci rozpoczyna się o godzinie 11-tej i prowadzi ją asystent kliniki pedjatrycznej przy współudziale lekarzy klinicznych i uczniów dyżurnych.

Do obowiązków siostry oddziałowej należy szkolenie uczenic, jakoteż udzielanie rad i wskazówek położnicom. Na tę czynność pielęgniarek kładziemy bardzo wielki nacisk z uwagi na doniosłe znaczenie wyszkolenia i wychowania matek.

Siostra oddziałowa jest odpowiedzialna również za służbę niższą, jakoteż za porządek i czystość na oddziale. Za wszystko to odpowiada ona bezpośrednio przed siostrą przełożoną. Wszelkie uwagi i spostrzeżenia, jakie w czasie wizyty lekarz poczyni odnośnie do porządku i czystości na salach, komunikuje siostrze przełożonej, która ponosi odpowiedzialność przed lekarzem. Zarządzenia te okazały się w praktyce dobre.

Cel opieki.

W referacie niniejszym nie chodzi nam o szczegółowe sprawozdanie z działalności opieki zawodowej pedjatrycznej nad dzieckiem. Chcemy tylko w ogólnych zarysach przedstawić cele tej opieki i zamierzamy na podstawie naszego dotychczasowego doświadczenia wskazać drogi, jakiemi opieka ta kroczyć powinna, by należycie spełnić mogła swe zadanie.

Głównem zadaniem opieki nad noworodkiem jest przedewszystkiem dążność do zmniejszenia śmiertelności w tym okresie. W tym kierunku jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Podczas gdy ogólna śmiertelność niemowląt dzięki opiece społecznej i uświadomieniu ludności zmniejsza się coraz bardziej, to zmniejszenie się śmiertelności w pierwszych tygodniach życia, jak to wykazują statystyki, nieznacznej tylko uległa poprawie. W jaki sposób da się uzyskać poprawę pod tym względem? By odpowiedzieć na to pytanie musimy przedewszystkiem zająć się czynnikami, które przyczyniają się do śmiertelności dziecka nowonarodzonego. Dla ilustracji pozwolimy sobie zacytować dane statystyczne Commandeura i Reutera opracowane na podstawie 34.718 porodów w klinice położniczej w Lyonie, w latach od 1904 — 1918. Według tej statystyki na 100 zgonów wśród noworodków zmarło 17,7% wskutek choroby matek. 46,9% zgonów przypada na wcześniaki, bliźniaki i dzieci ze zniekształceniami wrodzonemi, 12% na uszkodzenia związane z porodem, 23,2% zmarło wskutek spraw chorobowych nabytych po porodzie. Znając przyczyny śmiertelności noworodków możemy się starać o zmniejszenie tejże. Na śmiertelność spowodowaną chorobą matek (jak kiła, choroby nerek etc.) możemy wpłynąć zapomocą odpowiednio zorganizowanej opieki nad kobietą ciężarną. Przy polepszeniu sprawności pomocy położniczej przy porodzie możemy do pewnego stopnia zmniejszyć ilość zgonów, spowodowanych aktem porodowym. Zadaniem opieki pedjatrycznej jest z jednej strony dążność do zmniejszenia śmiertelności u dzieci przedwcześnie urodzonych, z drugiej strony możemy zapomocą odpowiedniej pielęgnacji zredukować ilość schorzeń nabytych po porodzie do minimum. I w tych dwóch kierunkach idzie też praca pedjatry; doświadczenia nasze i innych autorów wykazują, że usiłowania te mogą być uwieńczone pomyślnymi wynikami.

Statystyki niemieckie, rosyjskie i francuskie wykazują, że na 100 porodów rodzi się 5 — 15% wcześniaków (za wcześniaki uważa się ogólnie dzieci z wagą niżej 2500 g). Ylppö np. przyjmuje, że ilość wcześniaków w Niemczech wynosi przeciętnie 10%. W klinice naszej na 2553 dzieci żywo urodzonych w ciągu ostatnich 6 lat było 226 dzieci z wagą niżej 2500 g. Czyni to prawie 9%, a więc niemal tyle, ile wykazuje powyższa statystyka niemiecka. Jak więc widzimy, udział wcześniaków w ogólnej liczbie noworodków jest duży. Opieka nad noworodkiem powinna więc dążyć przedewszystkiem do utrzymania możliwie dużej ilości wcześniaków przy życiu. Zadanie to łatwem nie jest i wymaga specjalnego wykształcenia tak ze strony lekarzy jak i pielęgniarek. Z zestawienia Ylppö'go wynika, że 53,5% dzieci przedwcześnie urodzonych umiera w 1 roku życia, u nas niestety stosunki przedstawiają się gorzej. Jeśliby się nam udało niespełna połowę tych dzieci zachować przy życiu to efekt byłby bardzo duży, jeśli się uwzględni ilość procentową wcześniaków. By osiągnąć korzystne wyniki musimy mieć, jak już zaznaczyliśmy, odpowiednio wyszkolony personel lekarski i pielęgniarski. Powinno się ponadto dążyć do urządzenia specjalnych oddziałów dla wcześniaków w klinikach i oddziałach położniczych, gdzieby się dały osiągnąć możliwie idealne warunki dla rozwoju tych dzieci, gdzieby zakażenia, tak zgubne dla wcześniaków należały do rzadkości. Poniższa tablica przedstawia wyniki jakie osiągnęliśmy przy pielęgnacji wcześniaków w klinice położniczej U. J. K. we Lwowie.

Waga	Razem	Zmarło w klinice	Opuściło klinikę
Niżej 1000	4	4	—
1000 — 1200	8	8	—
1200 — 1300	3	2	1
1310 — 1400	4	3	1
1410 — 1500	7	6	1
1510 — 1600	10	7	3
1710 — 1800	8	3	5
1810 — 1900	14	6	8
1910 — 2000	29	4	25
2010 — 2100	24	3	21
2110 — 2200	21	—	21
2210 — 2300	29	4	25
2310 — 2400	22	2	20
2410 — 2500	24	3	21
Razem	226	63 = 27,87%	163 = 72,13%

Z zestawienia naszego wynika, że podczas pobytu w klinice na 226 dzieci z wagą niżej 2500 zmarło 63 (27,87%) a 163 (72,13%) opuściło klinikę. W liczbie tych 226 wcześniaków mieszczą się i te, które zmarły bezpośrednio lub w kilkanaście godzin po porodzie, jako wogóle niezdolne do życia. Gdybyśmy je w zestawieniu tem pominęli, co byłoby rzeczą zupełnie słuszną, statystyka ta wypadłaby znacznie korzystniej. Zdajemy sobie sprawę z tego, że pewna ilość dzieci tych zmarła w nieodpowiednich warunkach domowych po opuszczeniu kliniki. Wynika z tego postulat, że należy się starać o możliwie dużą ilość miejsc w zakładach położniczych dla dzieci przedwcześnie urodzonych, któreby w ten sposób przez pewien czas mogły pozostawać pod należytą opieką. W obecnych warunkach jesteśmy niestety zbyt często zmuszeni oddawać dzieci do domu po stosunkowo krótkim czasie pobytu w Klinice.

W tem miejscu chcielibyśmy poruszyć jeszcze jedną kwestję. Podnosiły się swego czasu głosy, które twierdziły, że natura przeprowadza sama selekcję osobników zdolnych do życia, i że nie powinno się dążyć do wychowania jednostek zbyt słabych. Doświadczenia wieloletnie i wielostronne wykazały jednak, że dzieci takie przy odpowiedniej opiece po przezwyciężeniu pierwszych trudności z czasem wyrównują się w rozwoju pod każdym względem z dziećmi donoszonemi.

O wiele łatwiejsze zadanie mamy przy zwalczaniu śmiertelności wskutek zachorowań noworodków nabytych po urodzeniu. Dzięki postępowi, jaki opieka nad niemowlęciem obecnie osiągnęła, schorzenia takie należą do rzadkości. Działalność opieki nad noworodkiem pod tym względem polega głównie na profilaktyce. Przy odpowiedniej pielęgnacji udaje się nam zapobiec występowaniu zakażeń ropnych, które poprzednio tak często występowały u noworodków w postaci pęcherzycy, czyraczności, schorzeń pępka i ogólnego zakażenia, które to sprawy chorobowe często śmiercią dziecka kończyły się. W Klinice naszej tego rodzaju zakażenia należą obecnie do rzadkości. Również epidemje wewnątrzszpitalne, których wybuchu przedtem tak bardzo się obawiano w zakładach położniczych, występują obecnie w racjonalnie prowadzonych oddziałach bardzo rzadko. W ciągu 5-ciu lat mieliśmy jedną tylko epidemję grypy, która pociągnęła za sobą 8 ofiar. Epidemja ta skłoniła nas do urządzenia boksów, gdzie do pewnego stopnia przynajmniej da się przeprowadzić izolacja przy wystąpieniu podejrzanych objawów ze strony matek lub dzieci. Musimy dążyć do urządzenia możliwie dużej ilości odpowiednio urządzonych celek izolacyjnych w obrębie Klinik i oddziałów położniczych, tylko w ten sposób uda nam się epidemje wewnątrzszpitalne zdusić w zarodku.

Przy zastosowaniu racjonalnej metody odżywiania noworodków, zaburzenia w odżywianiu należą do rzakości i łatwo można sobie z niemi dać radę. Osiągnięte dotychczas wyniki w zwalczaniu śmiertelności i zachorowalności noworodków wykazują duży postęp w stosunku do lat dawniejszych, ale zdajemy sobie sprawę, że pozostaje jeszcze bardzo dużo do zrobienia, dążymy obecnie do wprowadzenia całego szeregu ulepszeń, sprawa ta jednak ze względu na trudne warunki zewnętrzne wymaga dużo wysiłku i cierpliwości.

Do zakresu działalności opieki nad noworodkiem należy także skierowanie dzieci z kiłą wrodzoną do odpowiedniego leczenia specjalistycznego. We Lwowie dzieci z objawami kiły odsyła się do poradni przeciwkiłowej, która istnieje już od roku 1921 przy Klinice pedjatrycznej. Jest rzeczą jasną, że wyniki leczenia są tem lepsze, im wcześniej leczenie to się rozpoczyna.

Opieka nad noworodkiem w zakładach położniczych ma ponadto także i pod innym ważnym względem doniosłe znaczenie. Stanowi ona pierwszy etap opieki społecznej nad dzieckiem. Matka widzi w czasie pobytu swego w klinice położniczej, że specjalną uwagę zwraca się na dobro nowonarodzonego dziecka i że pieczołowitą opieką się je otacza. Ma ona sposobność zaznajomić się z najważniejszymi szczegółami odżywiania i pielęgnacji dziecka. Lekarz pedjatra i pielęgniarki udzielają jej też dokładnych wskazówek, jak ma się ona obchodzić z dzieckiem po wyjściu z Zakładu i skierowują ją do najbliżej jej miejsca zamieszkania znajdującej się stacji opieki nad niemowlęciem i matką. W zakładach położniczych uświadamia się matki o doniosłości karmienia piersią i wskazuje się na niebezpieczeństwo grożące dziecku przy sztucznem odżywianiu. Lekarz zwraca też matce uwagę na ewentualne objawy chorobowe, o ile takowe przy wypisywaniu dziecka z Kliniki stwierdza.

Opieka nad noworodkiem ma w końcu także doniosłe znaczenie pod względem naukowym i pedagogicznym. W odpowiednio prowadzonych zakładach położniczych mamy sposobność do badań aktualnych kwestji naukowych dotyczących noworodka, w zakładach tych mamy też sposobność zbierania danych statystycznych o noworodku.

Na polu tem czeka tak położnika jak i pedjatrę doniosłe i wdzięczne zadanie, zaznaczyć bowiem musimy, że brak jest dotychczas należycie opracowanego materjału tyczącego się naszego noworodka, wiadomości nasze w tym kierunku są przeważnie oparte na źródłach obcych, zagranicznych.

W zakładach położniczych mają też sposobność młodzi lekarze, tak położnicy jak i pedjatrzy zaznajomić się dokładnie z fizjologją i patologją noworodka. Dla wykształcenia pedjatry jest rzeczą niezbędną kilkumiesięczna bodaj praktyka na oddziałach położniczych, bo tylko tu ma on sposobność odpowiedniego spostrzegania wszystkich ważnych szczegółów tyczących się noworodka. Doświadczenie uczy, że w przychodniach i klinikach pedjatrycznych odsetek noworodków jest znikomy, tylko w rzadkich przypadkach matki zwracają się do tych instytucji, ponieważ obawiają się wychodzić z domu z dziećmi w pierwszym okresie ich życia. W zakładach położniczych możemy też wykształcić pielęgniarki dla niemowląt, w szkole pielęgniarek dla niemowląt we Lwowie obowiązuje uczenice kilkumiesięczny pobyt w Klinice położniczej.

Z wywodów naszych wynika, że współpraca pedjatry z położnikiem oparta jest na obustronnych wzajemnych korzyściach. Współpraca ta mająca na celu przedewszystkiem dobro dziecka bardzo dużo zdziałać może. Otwierają się przed nami nowe horyzonty. Współpraca ta nie powinna się jednak ograniczać do zakładów położniczych, powinniśmy zorganizować ogólną opiekę nad noworodkiem w całem społeczeństwie. Im bardziej opiekę tę rozbudujemy, tem łatwiej uda nam się uchronić dziecko przed niebezpieczeństwami grożącemi mu w pierwszym tak ważnym okresie życia. Obowiązkiem naszym jest nieść pomoc tym dotychczas najbardziej pod względem opieki społecznej zaniedbanym istotom, chodzi przecież o dobro dziecka, które jest podstawą i przyszłością narodu.

Inicjatywę do poprawy dotychczasowych błędów pod tym względem powinne w pierwszym rzędzie podjąć kliniki i oddziały położnicze, w których w ostatnich latach ilość rodzących kobiet stale wzrasta. Instytucje te, w których kształcą się całe szeregi lekarzy, położnych i pielęgniarek powinne się stać wzorem należytej opieki nad noworodkiem, powinne one być ożywczemi źródłami, z których szerokiemi strugami rozlewać się powinno uświadomienie wśród całego społeczeństwa. W ten sposób będziemy mogli dążyć skutecznie do zmniejszenia śmiertelności niemowląt, przyczem musimy pamiętać, że każde życie ludzkie niepotrzebnie stracone w obecnych warunkach, kiedyto ilość urodzin stale się zmniejsza, dotkliwą dla danego narodu stratę przedstawia.

Dr. Zofja MATERNOWSKA. Lwów.

O anafilaksji na bulion *).

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

W czasie badań nad tuberkuliną nasunęło się nam zagadnienie, którego rozwiązanie stanowi ważny przyczynek do badań nad anafilaksją i może mieć wartość praktyczną tak dla doświadczeń przeprowadzanych na zwierzętach laboratoryjnych, jak i dla techniki leczenia tuberkuliną. Szczególnie w obecnych czasach, kiedy wskutek zakażania zwierząt doświadczalnych gruźlicą Calmette'a mamy możność długiego ich obserwowania, — zwrócenie uwagi na powyższe zjawiska może uchronić od wielu zasadniczych omyłek.

Przy obserwacji zachowania się odczynu tuberkulinowego u świnek morskich, zakażonych szczepem B. C. G. zauważyliśmy mianowicie, iż odczyn śródskórny, mający początkowo wszelkie cechy charakterystyczne dla tejże reakcji, zmienia się z biegiem czasu zupełnie, tak, że ostateczny jego wygląd różni się krańcowo od typowej reakcji tuberkulinowej.

Chcąc dać jasny obraz powyższego zjawiska podaję krótki wyciąg z historji choroby świnki morskiej Nr. 21:

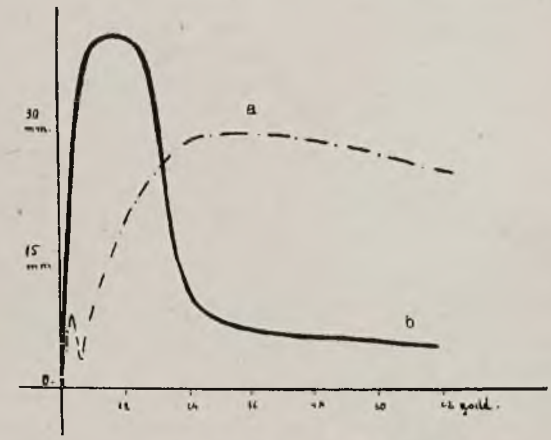
Dnia 23. VII. 1928 zakażono świnkę morską o wadze 400 gr 30 mg. prątków B. C. G. dootrzewnowo, a w okresie wyraźnej allergji zastrzyknięto jej 4 razy podskórnie po 0,5 cm^3 A .T. Pierwszy dodatni odczyn tuberkulinowy (po injekcji śródskór-

*) Komunikat IV z serji prac o tuberkulinie, wykonanych dzięki specjalnemu zasiłkowi Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ.

nej 0,1 cm³ A. T. z roztworu 1 : 100) wystąpił w 21 dni po zakażeniu w postaci płaskiego nacieku, otoczonego żywo czerwoną obwódką, jako typowa dla tuberkuliny t. zw. „Kokardreaktion".

Z biegiem czasu odczyn wzmagał się tak, iż po tych samych dawkach tuberkuliny powstawała w centrum nacieku wyraźna martwica (odczyn +++). Stan ten utrzymywał się w ciągu kilku dalszych tygodni, a następnie charakter odczynu zaczął ulegać gruntownej zmianie. Charakterystyczny dla tuberkulinowego odczynu płaski naciek ustępował miejsca typowemu bąblowi, o tak silnym obrzęku, iż reakcja przybierała kształt półkulisty i wymiarami swemi przekraczała najsilniejsze spostrzegane przez nas, właściwe odczyny tuberkulinowe. Objawy zapalne były bardzo słabo zaznaczone.

Krzywa przebiegu obu odczynów jest również zupełnie odmienna. Podczas gdy klasyczna reakcja tuberkulinowa, jako typowy odczyn zapalny w ciągu pierwszych godzin narasta stosunkowo wolno i osiąga swój szczyt dopiero w czasie między 36—48 godzinami, to powyżej opisany odczyn, jako odczyn o charakterze przeważnie czynnościowym, rozwija się niezwykkle szybko, prawie od chwili injekcji, tak, że po 3 godzinach, a często znacznie wcześniej można go już wyraźnie odczytać. Szczyt swój przekracza stale przed upływem 24 godzin i bardzo szybko znika. Tablica I.



Tablica I.

a) krzywa typowego śródskórnego odczynu tuberkulinowego,
b) krzywa odczynu anafilaktycznego po śródskórnym zastrzyku starej tuberkuliny.

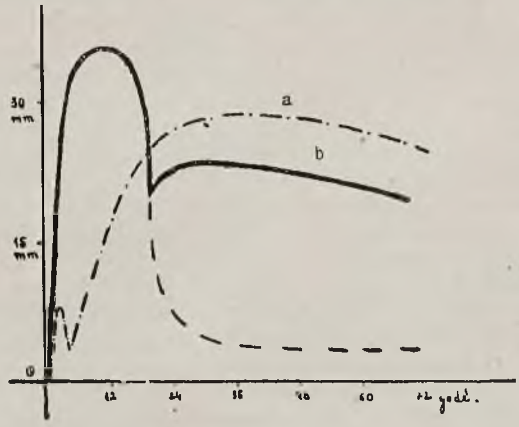
Jeżelibyśmy, jak to jest często w użyciu, kontrolowali odczyn tuberkulinowy (wykonany bez równoczesnego odczynu kontrolnego buljonem) dopiero po upływie 24 godzin, to w miejscu injekcji widzielibyśmy jedynie niknący już obrzęk z nieznacznym naciekiem w centrum reakcji, jako wyrazem działania resztek niewchłonionej tuberkuliny. Całość więc przedstawiałaby się jako znacznie osłabiona reakcja tuberkulinowa, w porównaniu z odczynami spostrzeganymi przed wystąpieniem bąbla. Z biegiem czasu, zwłaszcza jeżeli reakcja anafilaktyczna utrzymuje się poza okres 24 godzin, pomyłka taka staje się mniej prawdopodobną, gdyż nasilenie bąbla wzrasta tak znacznie, iż cała reakcja ma wygląd zupełnie odrębny. (Bąbel może zajmować przestrzeń skóry wynoszącą 40×40 mm, wysokość jego dochodzi do 10 mm).

Szczegółowa analiza charakteru i przebiegu śródskórnej reakcji tuberkulinowej i powyżej opisanego odcznu wykazała, iż we wszystkich swoich cechach różni się on tak wybitnie od odczynu tuberkulinowego, że źródła jego musieliśmy szukać poza granicami swoistego działania tuberkuliny. Przypomina on wyraźnie t. zw. zjawisko Arthusa.

Najbliższą zatem możliwością było, że jest on wynikiem uczulenia ustroju zwierzęcego na białko prątków, lub też na ciała białkowe zawarte w podłożu tuberkuliny t. j. w buljonie, przyczem to drugie przypuszczenie wydało się nam z góry bardziej prawdopodobne. I rzeczywiście okazało się, że próby wywołania wstrząsu anafilaktycznego, mającego stwierdzić ogólne uczulenie organizmu dały wyniki dodatnie, które niżej podamy.

Niezmiernie ciekawa jest dokładna obserwacja wzajemnego oddziaływania i zmagania się odczynu tuberkulinowego z powstającym odczynem anafilaktycznym.

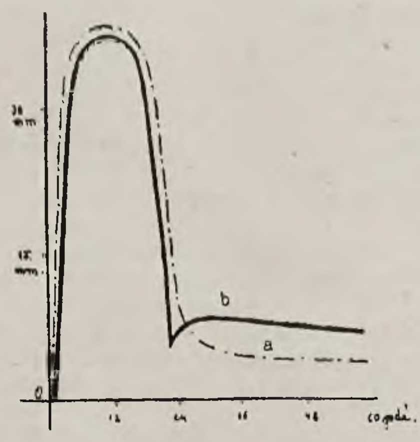
I tak w pierwszym okresie wytwarzania się uczulenia w organiźmie występuje w ciągu pierwszej doby po injekcji śródskórnej niezbyt intenzywny obrzęk, wystarczający jednak dostatecznie na prawie zupełne zatarcie reakcji tuberkulinowej. W ciągu drugiej doby, gdy obrzęk bardzo silnie słabnie, lub znika zupełnie, reakcja tuberkulinowa ujawnia się w postaci wyraźnego choć osłabionego nacieku (Tablica II a). Z biegiem czasu, gdy



Tablica II a.

a) krzywa typowego śródskórnego odczynu tuberkulinowego,
b) krzywa odczynu anafilaktycznego po śródskórnym zastrzyku tuberkuliny, z wyraźnie jeszcze zaznaczonym śladem odczynu tuberkulinowego.

ogólne nasilenie anafilaksji wzrasta, powstający przy powtórzeniu reakcji skórnej obrzęk jest tak znaczny, że nie dopuszcza zupełnie do rozwoju odczynu tuberkulinowego w ciągu pierwszej doby obserwacji. W czasie drugiej doby gdy obrzęk znika, pozostaje drobny, stożkowaty, perełkowato twardy guzek, który nie przypomina w niczem właściwej reakcji tuberkulinowej (Tablica II b).



Tablica II b.

a) odczyn anafilaktyczny po śródskórnym zastrzyku buljonu,
b) odczyn anafilaktyczny po śródskórnym zastrzyku tuberkuliny, pokrywający prawie w zupełności właściwy odczyn tuberkulinowy.

Powyższe zjawisko dało nam możność stwierdzić raz jeszcze słuszność prawa o współzawodnictwie spraw zapalnych ze sprawami prowadzącemi do wytworzenia się bąbla, przejawiającego się w tem, że przy równoczesnem działaniu na skórę bodźca zapalnego z bodźcem wywołującym obrzęk, działanie tego drugiego osłabia znacznie, lub nie dopuszcza zupełnie do rozwoju spraw zapalnych.

W ciągu doświadczeń mieliśmy sposobność obserwować nawet takie przypadki, gdzie znikająca wskutek odczulenia organizmu anafilaksja pozwalała odczynowi tuberkulinowemu powrócić do prawidłowego wyglądu.

Na podstawie dalszych obserwacji musimy stwierdzić, iż miejscowy odczyn anafilaktyczny występuje znacznie później niż uczulenie ogólne, gdyż udało się nam wywołać (używaną zwykle dawką t. zn. 0,5 cm³ buljonu glicerynowego) śmiertelny wstrząs, mimo zupełnego jeszcze braku odczynu skórnego, Tablica III.

Tablica III.

Nr. prot.	Zakażenie	Uczulenie	Bąbel	Reinjekcja	Wynik	Sekcja
56	+	3 zastrzyki Gb.	0	0·5 cm³ Gb.	Silny wstrząs. Prawie natychmiastowa śmierć.	Typowa
67	+	dtto	0	0·2 cm³ Gb.	dtto	
64	+	3 zastrzyki A.T.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	
77	0	3 zastrzyki Gb.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	
72	0	3 zastrzyki A.T.	0	0·5 cm³ Gb.	dtto	

Ogólne odczyny anafilaktyczne.

Próby wywołania wstrzasu anafilaktycznego dożylną injekcją starej tuberkuliny u zwierząt z wyżej opisanym odczynem skórnym dały w 100% wynik dodatni, podczas gdy zwierzęta kontrolne (z typową reakcją Mantoux) nie wykazały żadnych anafilaktycznych objawów. Dalsza analiza tego zjawiska wykazała, że u świnek uczulonych podskórnemi injekcjami A. T. można było uzyskać śmiertelny wstrzas, zarówno injekcja 0,3—0,5 cm³ A. T. jak i tą samą dawką buljonu glicerynowego zagęszczonego, jak tuberkulina do $^1/_{10}$ swej pierwotnej objętości [1]). Nie zdołaliśmy go zaś wcale wywołać tuberkuliną bezbiałkową (Aft.-Serotherap. Inst. Wien) mimo zwiększenia dawki do 5 cm³ co stanowi dostateczny dowód, że uczulenie to nie jest wywołane białkiem prątków gruźliczych. O zupełnej niezależności tej nadwrażliwości od białka prątków gruźliczych świadczy również zachowanie się reakcji śródskórnej, gdyż bąble równie nasilone, jak przy tuberkulinie powstawały po injekcji tej samej ilości kontrolnego buljonu glicerynowego, nie dawała ich nigdy natomiast tuberkulina bezbiałkowa.

Badając warunki potrzebne do osiągnięcia nadwrażliwości uzyskiwaliśmy zawsze śmiertelny wstrząs, uczulając świnki morskie trzema injekcjami podskórnemi wykonywanemi co 6 dni, w ilości po 0,25—0,5 cm³ buljonu lub starej tuberkuliny, a wykonując reinjekcję po 6 tygodniach od ostatniej dawki uczulającej. Zarówno skrócenie okresu uczulania, jak i zmniejszenie ilości injekcji — dawoło już mniej stałe wyniki.

[1]) Buljon ten oznaczamy w tablicach skrótem: Gb.

Pierwsze zwierzęta u których spostrzegaliśmy zjawisko anafilaksji były uczulone podskórnemi injekcjami A. T. w ilości po 0,25—0,5 cm³. Z biegiem czasu zauważyliśmy, iż nadwrażliwość z charakterystycznemi odczynami skórnemi występuje również u zwierząt, u których przypadkowe zresztą uczulenie. ograniczało się jedynie do kilkurazowej injekcji śródskórnej 0,1 cm³ A. T. z roztworu 1 : 100 i takiej samej kontroli buljonowej, dokonywanej w odstępach 2—4 tygodni. Uczulenie występowało najwcześniej w 3 miesiące od pierwszej injekcji śródskórnej. (Tabl. IV).

W przypadkach tych już tak mała ilość, bo wynosząca w sumie około 0,01—0,02 cm³, ciała tak ubogiego w wyżej złożone białka, jakiem jest buljon, wystarczała przy podaniu drogą doskórną, aby zwierzę wprawić w stan anafilaksji, kończącej się śmiertelnym wstrząsem.

W związku z tem zjawiskiem można przytoczyć zapatrywania Sachsa, który podnosi szczególne znaczenie skóry jako drogi oddziaływania na cały ustrój i posuwa się nawet do twierdzenia, że najlepszą metodą wywoływania nadwrażliwości, jest droga uczulenia śródskórnego. Na dowód tego podaje, iż udało mu się wraz z Klopstockiem i Selterem uczulić świnkę morską na związki pochodne diazowe atoxylu i kwasu metanilowego, jedynie wówczas. gdy dawki uczulające podane były drogą podskórną, a pewniej jeszcze doskórną.

Chcąc się przekonać, czy uczulenie nie jest związane z jakością używanego preparatu, wstrzykiwaliśmy zarówno przy uczulaniu jak i przy reinjekcji różne preparaty, a więc A. T. Merck, A. T. Höchst, buljon glicerynowy wiedeński i Höchsta, a wreszcie dziesięciokrotnie zagęszczoną toxynę Dicków. Używając wszystkich tych preparatów do reinjekcji dożylnej w ilości 0,5 cm³ uzyskaliśmy szybko przebiegające, śmiertelne wstrząsy; jedynie toxyna Dicków nie dała wprawdzie u uczulonego zwierzęcia (Nr. protokołu 74, tablica V) zejścia śmiertelnego, lecz uchroniła je przed najsłabszemi nawet objawami wstrząsu, przy dokonanej następnie dosercowo injekcji śmiertelnej dawki (0,5 cm³) buljonu glicerynowego. Wynik ten tłómaczymy sobie tem, że jak już wynika z różnic w przygotowaniu toxyny Dicków i tuberkuliny, zawiera ona buljon dużo mniej zagęszczony niż tuberkulina, wskutek znacznie, bo ośmiokrotnie krótszego czasu pobytu w cieplarce.

Natomiast dożylna injekcja tej samej ilości tuberkuliny bezbiałkowej nie wywołała wcale objawów nadwrażliwości, a przy następnej injekcji buljonu glicerynowego zginęło zwierzę na typowy wstrząs. (Nr. protokołu 51. Tablica V).

Starając się wyjaśnić naturę ciała wywołującego anafilaksję wstrzykiwaliśmy zwierzętom uczulonym dożylnie 5% roztwór peptonu Witte'a. Wprawdzie w kilku wypadkach uzyskaliśmy wynik śmiertelny, lecz równocześnie przekonaliśmy się, że zwierzę, które przeżyło wstrząs peptonowy, ginęło przy wykonanej następnie injekcji buljonu. (Nr. protokołu 64. Tablica V). Wstrząs peptonowy nie stanowi więc zgodnie z poglądem wypowiedzianym już w roku 1913 przez Besredkę, ochrony przeciw rzeczy-

Tablica IV.

Nr. prot.	Zakażenie	Odczyny śródskórne I	II	III	IV	V	VI	VII	Injekcja dożylna	Wynik
23 a	27/VII	28/VII B —	14/IX B —	6/X B —	25/X B —	26/XI B ++	0	0	29/XI 0·5 cm³ AT	Typowy wstrząs śmierć do 2 min.
23 b	27/VIII	28/VII B —	14/IX B —	6/X B —	25/X B —	26/XI B ±	0	0	29/XI 0·5 cm³ Gb	Przez 10 minut drgawki, dźwiga się — żyje
37 a	27/IX	6/X B —	25/X B —	26/XI B ±	19/I B +	11/II B ++	25/II B +++	8/III B +++	12/III 0·5 cm³ Gb	Silne bardzo drgawki, kaszel — śmierć
37 c	27/IX	6/X B —	25/X B =	26/XI B ±	15/I B +	11/II B +	25/II B ++	8/III B ++	12/III 0·5 cm³ AT	dtto

B — = brak skórnego odczynu anafilaktycznego na buljon
B ± = słabo zaznaczający się odczyn anafilaktyczny.
B +++ = odczyn anafilaktyczny pokrywający w zupełności odczyn tuberkulinowy.

Tablica V.

Nr. prot.	Zakażenie	Uczulenie	Reinjekcja	Objawy	Powtórne inj. po 24 godz.	Wynik	Sekcja
74	0	3 zastrzyki AT	5 cm³ Jadu Dicka zagęszcz. do 0·5 cm³	Kaszle, czyści nos, żyje	0·5 cm³ Gb	Bez żadnych objawów	0
51	+	5 zastrzyków AT	0·5 cm³ Tuberkuliny bezbiałk.	Bez żadnych objawów	0·5 cm³ Gb	Typowy wstrząs. Śmierć do 8 godz.	Typowa
64	+	3 zastrzyki AT	0·5 cm³ 5%-go peptonu Witte'a	Typowy wstrząs. Nie dźwiga się żyje	0·5 cm³ Gb	Wstrząs. Śmierć prawie natychmiast.	

wistemu wstrząsowi anafilaktycznemu. Obecnie przeprowadzamy badania nad działaniem buljonu przygotowanego bez zwykłego dodatku peptonu, a zatem uboższego o 10% peptonu od tuberkuliny i jej buljonu kontrolnego. Wyników ze względu na zbyt mały materjał narazie nie podajemy.

Opierając się na tem, że Rosenau i Anderson zdołali wywołać wstrząs anafilaktyczny u świnki uczulonej dawką 1/1,000.000 cm³ surowicy końskiej, a więc roztworem, w którym metodami chemicznemi nie można już było wykazać białka, wyrażamy przypuszczenie, że i w buljonie znajdować się mogą drobne ilości mniej niż pepton rozbitych ciał białkowych, które mogą być istotną przyczyną powstającego uczulenia.

Wstrzymując się więc od ostatecznego wypowiedzenia zdania co do natury chemicznej tych składników buljonu czy tuberkuliny, które są ciałem czynnem, wprowadzającem świnki morskie w stan nadwrażliwości, podkreślamy narazie fakt sam przez się ciekawy, że nawet ciało tak ubogie w wyżej złożone białka i poddawane tak długiemu działaniu wysokiej temperatury (jak to się dzieje z buljonem przy wyjaławianiu, a następnie przy zagęszczaniu tuberkuliny) zdolne jest wprawić zwierzę w stan wybitnej nadwrażliwości, pociągającej za sobą śmiertelny wstrząs.

Stanie się to jeszcze bardziej interesujące, gdy przypomnimy. iż równie silne uczulenie wywołać można minimalnemi dawkami tego samego ciała, wprowadzonego drogą doskórną.

Tablica VI.

	Nr. prot.	Uczulenie	Reinjekcja	Wynik
Zw. Zakażone	56	3 zastrzyki Gb	·0·5 cm³ Gb	Bardzo szybki typowy wstrząs. Śmierć do $1^1/_2$ min.
	67	3 zastrzyki Gb	0·2 cm³ Gb	t. s.
Zw. zdrowe	77	3 zastrzyki Gb	0·5 cm³ Gb	t. s.
	81	3 zastrzyki Gb	0·2 cm³ Gb	Kaszel, duszność, drgawki, żyje
	82	3 zastrzyki Gb	0·3 cm³ Gb	Kaszel, duszność, drgawki, nie dźwiga się, żyje
	95	Kontrola	0·5 cm³ Gb	Bez żadnych objaw.

Przenosząc badanie nasze na zwierzęta zdrowe, niezakażone gruźlicą B. C. G. przekonaliśmy się, że po uczuleniu temi samemi dawkami drogą podskórną, można uzyskać u nich również stan nadwrażliwości. Granica jednak dawki śmiertelnej dla zwierząt zdrowych leży wyżej, niż dla zakażonych. (Tablica VI).

Nie udało się nam jednak dotąd osiągnąć uczulenia u zdrowej świnki morskiej drogą powtarzanych injekcji śródskórnych. Wskazuje to na fakt, iż zakażenie gruźlicą Callmette'a, podobnie jak zakażenie jadowitym szczepem gruźlicy, zwiększa wrażliwość zarówno skóry, jak i całego ustroju na działanie nieswoistych bodźców białkowych.

Dla uzupełnienia obrazu wykonaliśmy próbę przeniesienia anafilaksji surowicą zwierzęcia uczulonego, na zwierzę niewrażliwe. Świnka zakażona (Nr. protokołu 112) i zdrowa (Nr. protokołu 80) zostały uczulone dootrzewnowem wstrzyknięciem po 4 cm³ surowicy świnki uczulonej (Nr. prot. 32), mającej wyraźne skórne odczyny anafilaktyczne. Przy reinjekcji buljonem wykonanej w 15 godzin później, zarówno świnka zakażona jak i zdrowa wykazały objawy nie śmiertelnego wprawdzie, lecz typowego wstrząsu anafilaktycznego.

Nieliczne próby precypitacji buljonu surowicą zwierząt uczulonych, oraz powtórzenie fenomenu Prausnitz-Küstnera dały jak dotąd wyniki ujemne.

Podane powyżej fakty stoją w sprzeczności z dotychczasowymi doświadczeniami tak wybitnych znawców anafilaksji jak n. p. Doer (Dyskusja w Wiesbadenie nad odczytem Prof. Grőera w tym przedmiocie). Wprawdzie Marie i Tieffeneau otrzymali rzekomo dodatnie wyniki anafilaktycznego uczulenia tuberkuliną u królików, a Orsini opisuje wstrząsy anafilaktyczne u niezakażonych gruźlicą morskich świnek, uczulanych starą tuberkuliną, wyniki te spotkały się jednak z krytyką i nie zostały dotąd potwierdzone lub wytłumaczone. Jedynie Lewis wykazał, że szoki Orsiniego są raczej wynikiem uczulenia przez buljon, w żadnym zaś razie nie odnoszą się do tuberkuliny, jako takiej.

Pozostaje zatem konieczność odtworzenia naszych wyników przez innych badaczy (analogiczne badania są już w toku w pracowni Bazylejskiej), oraz wykrycie w buljonie właściwej substancji uczulającej.

Streszczenie.

1) W badaniach nad tuberkuliną przeprowadzanych na świnkach morskich zakażonych szczepem gruźlicy Calmette'a zauważyliśmy, iż po kilkakrotnych zastrzykach podskórnych A. T. występują u zwierząt objawy nadwrażliwości, wyrażającej się zarówno w uczuleniu ogólnem jak i w występowaniu odczynu skórnego, zbliżonego bardzo do zjawiska Arthusa.

2) Odczyn ten zajmujący z biegiem czasu miejsce typowego, śródskórnego odczynu tuberkulinowego może się stać przyczyną omyłki w oznaczaniu allergji zwierząt. Od błędu tego chroni dokładna analiza cech i przebiegu obu odczynów, stwierdzająca, iż nie mają one żadnych punktów stycznych.

3) Zdołano wykazać, że zarówno anafilaksja ogólna jak i miejscowa nie jest zależna od białka prątków gruźlicy, zawartego w starej tuberkulinie, gdyż można ją również wywołać zastrzykami tych samych dawek kontrolnego buljonu glicerynowego.

4) Nadwrażliwość na buljon powstaje również przy uczulaniu zwierząt zakażonych bardzo drobnemi dawkami drogą śródskórną.

5) Wywołanie zjawiska anafilaksji u zwierząt zdrowych udaje się wyłącznie przy uczulaniu dużemi dawkami wstrzyki-

wanemi podskórnie — nie udało się natomiast wywołać u nich uczulenia drogą zastrzyków śródskórnych.

6) Badania nad istotą ciała zawartego w buljonie, a wywołującego uczulenie są w toku.

7) Podnieść należy znaczenie tego zjawiska zarówno dla badań nad zwierzętami laboratoryjnemi jak i dla zastosowania starej tuberkuliny w lecznictwie.

Piśmiennictwo.

Baschenin: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 54. Z. 4. 1928. — Besredka, Ströbel, Jupille: Ztschr. f. Imm. u exp. Ther. T. 16. 1913. — Lewis: Journ. of exp. Med. T. 10. N. 1. 1908. — Marie et Tieffenau: C. r. soc. biol. T. 64. 1908. — Orsini: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 5. 1910. — Pick u. Yamanouchi: Ztschr. f. Imm. u. exp. Ther. T. 1. 1906. — Rosenau et Anderson: Journ. of Americ. med. assoc. T. 62. 1906. — Sachs.: cytowany wg. Brilla i Szymanowskiego: Med. dośw. i społ. T. IX. Z. 5/6. 1929.

Dr. Fr. REDLICH. Lwów.

Z dziedziny chorób zakaźnych.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

W ostatnich kilkunastu latach nauka o chorobach zakaźnych poczyniła bardzo znaczne postępy, zwłaszcza w dziedzinie profilaktyki. Badania mające na celu przedewszystkiem zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności u dzieci, najbardziej narażonych na niebezpieczeństwa ze strony tych chorób, wywołały duże zainteresowanie wśród pedjatrów. W całym szeregu klinik pedjatrycznych zawrzała praca, zdążająca do wyświetlenia wielu niejasnych jeszcze, a będących przedmiotem dyskusji kwestji, dotyczących epidemjologji, patogenezy, djagnostyki, profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych.

Klinika nasza nie posiada niestety oddziału chorób zakaźnych, toteż wysiłki nasze w tym kierunku natrafiały na duże trudności. Przystępując do badań nie byliśmy często w możności objąć całokształtu danego zagadnienia, musieliśmy się ograniczyć do poszczególnych tylko działów. Skromne warunki, wśród jakich pracowaliśmy dały nam się odczuć przedewszystkiem podczas badań nad płonicą.

W krótkim zarysie postaram się podać wyniki prac, dokonanych w ostatnich dziesięciu latach w Klinice naszej z dziedziny chorób zakaźnych.

Teorja chorób zakaźnych.

W r. 1922 na Zjeździe Mikrobiologów w Lipsku Groer wprowadził do nauki o chorobach zakaźnych nowy punkt widzenia, który sprecyzował w pojęciu higjogenezy. Higjogeneza — to mechanizm zdrowienia, podobnie jak patogeneza jest mechanizmem powstania choroby. Każdą chorobę zakaźną można rozpatrywać z tych dwóch punktów widzenia, a połączenie wyników tych rozpatrywań daje dopiero dokładny obraz całokształtu zjawisk związanych z biologiczną istotą schorzenia. W kilka lat później (1927) Gröer zaproponował nowy schemat teoretycznego ujęcia istoty chorób zakaźnych, w którym dalej uzasadnił pojęcie higjogenezy. Pojęcie to otwiera nowe perspektywy dla nauki o chorobach zakaźnych i staje się coraz więcej punktem wyjścia dla leczenia i rokowania.

Błonica.

Badania nad błonicą, dokonane w Klinice naszej są niejako dalszym ciągiem prac Gröera z czasów działalności jego w klinice profesora Pirqueta.

Badania Gröera nad istotą jadu błoniczego stwierdziły, że jad ten jest ampholitem, działanie toksyczne jest związane z jego charakterem kwaśnym. Przedmiotem ciekawych badań tych było ponadto określenie optimum koncentracji jonów wodorowych dla maximum jadowitości, określenie izoelektrycznej strefy dla jadu błoniczego i mechanizm powstawania jadu w pożywkach błoniczych.

Badania eksperymentalne Gröera i Progulskiego nad zachowaniem się noworodka względem jadu błoniczego i nad działaniem przeciwjadu w jego ustroju wykazały, że są wprawdzie noworodki, które mimo braku antytoksyny we krwi mają ujemny odczyn Schicka, ale wszystkie te dzieci reagują dodatnio, o ile podwyższy się dawkę wstrzykniętego śródżylnie jadu. Antytoksyna działa w ustroju noworodka, tak pod względem swoistym, jak i niespecyficznym podobnie jak u starszych dzieci. Wyniki tych badań wykazują, że twierdzenia Kirsteina i Romingera o odrębności noworodków są niesłuszne.

Mikiewiczówna i Jasiński wykazali, że miano przeciwjadu błoniczego w surowicy krwi ludzkiej ulega wahaniom pod wpływem zabiegów ergotropowych, zwłaszcza przy naświetlaniu lampą kwarcową. Tuż po zabiegu spostrzegali obniżenie miana antytoksyny, następnie zaś podwyższenie, ustępujące do 24 godzin.

Progulski i Redlich uodparniali dzieci w zakładach i sierocińcach lwowskich przeciw błonicy anatoksyną Ramona i toksoidem Krausa, przyczem uzyskali temi metodami bardzo dobre wyniki. Odczyn Schicka stawał się z małymi wyjątkami ujemny, dzieci znosiły zastrzyki anatoksyny przeważnie bardzo dobrze.

Progulski i Redlich opisali bardzo rzadki przypadek zgorzeli skóry w przebiegu błonicy gardła u 6-letniego dziecka.

Ostatnio przedmiotem żywej dyskusji w towarzystwach lekarskich i w fachowej prasie jest kwestja, czy odczyn Schicka jest niezawodnym wskaźnikiem stanu odpornościowego przy błonicy. I tak m. i. znany w świecie naukowym badacz E. Friedberger podniósł cały szereg zastrzeżeń, które w dużej mierze odmawiają odczynowi Schicka znaczenia djagnostycznego. Przeciwko temu wystąpił Gröer, który w artykule polemicznym wykazuje, że zapatrywania tego autora na istotę odczynu Schicka są bezpodstawne.

Odra.

W latach 1925—1926 główna część badań naszych poświęcona była odrze. W latach tych zainteresowanie się chorobą tą naogół bardzo wzrosło. Dokładne dane statystyczne wykazały, że wbrew ogólnie przyjętemu mniemaniu odra wykazuje znaczną śmiertelność, zwłaszcza u dzieci krzywiczych i gruźliczych. Po badaniach Nicole'a i Conseil'a, a zwłaszcza Degkwitza, którzy podali metodę biernego uodparniania przeciwko odrze zapomocą surowicy ozdrowieńców, rozpoczęły się w całym szeregu instytutów naukowych badania, których celem było znalezienie metody uodparniania, któraby niezależną była od materjału ludzkiego. Zastosowanie bowiem biernej immunizacji przeciwko odrze napotkało w życiu praktycznem na cały szereg trudności, tak, że zastosowanie jej ogranicza się właściwie tylko do oddziałów klinicznych, względnie szpitalnych i instytutów zamkniętych. W r. 1923 podał Caronia we Włoszech metodę czynnego uodparniania przeciwko odrze zapomocą szczepionki, uzyskanej z odkrytych przez niego rzekomych zarazków odrowych .W Niemczech ukazała się w handlu surowica barania Degkwitza, której wstrzyknięcie chronić miało przed zakażeniem odrowem. Zainteresowanie sprawą tą było — rzecz oczywista — bardzo duże. Rozpoczęły się badania kontrolne. Zdawałoby się, że przy powszechnie znanej wrażliwości na zakażenie odrowe będzie rzeczą łatwą przy istniejącej możliwości infekcji przekonać się o wartości danej metody uodparniania. Tymczasem wyniki badań w tym kierunku podjętych były sprzeczne. Jedni wyrażali się z entuzjazmem o danej metodzie, drudzy natomiast używając tej samej szczepionki względnie surowicy i przestrzegając zastrzeżeń przez autorów podanych, mieli wyniki całkowicie ujemne. Było dla nas rzeczą ciekawą i pociągającą stwierdzić, gdzie leży źródło tych sprzecznych wyników. Preparaty uodparniające były przecież te same, było więc dla nas rzeczą prawdopodobną, że warunki, wśród których zakażenie odrowe się odbywało, różne były u różnych badaczy. Badania wykonane w Klinice naszej potwierdziły nasze przypuszczenia. Okazało się, że przy przeprowadzaniu szczepień ochronnych przeciw odrze musimy uwzględnić cały szereg czynników, na które częstokroć nie zwracano należytej uwagi. Stwierdziliśmy przede wszystkiem, że odra będąc najbardziej zaraźliwą w okresie zwiastunów, już w 24 godzin po ukazaniu się wysypki zaraźliwość tą traci. Większość badań nad uodparnianiem przeciwko odrze odbywała się w klinikach i szpitalach, gdzie przeważnie przyjmuje się przypadki z rozwiniętą już wysypką. Jest więc rzeczą jasną, że zależnie od stopnia zaraźliwości źródła zakażenia w danem środowisku, wyniki osiągnięte jedną i tą samą metodą były wręcz przeciwne.

Stwierdzenie czasu trwania zaraźliwości przy odrze miało także i pod innym względem praktycznie ważne znaczenie. Opierając się na wyniku badań naszych i Baura skrócono w niektórych szpitalach okres t. zw. kwarantanny przy odrze. I tak Schönfeld (Arch. f. Kinderheilk. 1927. T. 83) podaje, że w szpitalu dla dzieci miasta Berlina w Rummelsburgu, opuszczają dzieci już w 5 dni po ukazaniu się wysypki odrowej oddział zakaźny. Na 100 takich przypadków nie stwierdzono ani jednego zakażenia

się w otoczeniu tych dzieci. Jeżeli się zważy, że we wielu szpitalach trzyma się chorych odrowych 2—3 tygodnie, to skrócenie pobytu szpitalnego oznacza dużą oszczędność wydatków na poszczególnego chorego, ponadto ma się o wiele więcej łóżek do dyspozycji w razie epidemji.

W ciągu naszych badań wskazaliśmy na cały szereg innych szczegółów, ważnych dla oceny wartości metod uodparniających (odległość łóżek dzieci uodpornianych od źródła zakażenia, znaczenie kontroli, wywiadów, i t. d.). Uwzględniając wyliczone kryterja doszliśmy już po krótkim stosunkowo czasie do przekonania, że tak szczepionka Caronii jak i surowica barania Degkwitza przed zakażeniem odrowem nie chronią (Gröer i Redlich, Progulski i Redlich).

Na podstawie spostrzeżeń w Klinice naszej poddaliśmy krytycznej ocenie cały szereg prac z dziedziny uodparniania przeciw odrze. (patrz Monografja o profilaktyce odrowej Gröera i Redlicha w Erg. f. inn. Med. u. Kinderheilk. T. 30. 1926) i wykazaliśmy w ten sposób przyczyny sprzeczności u różnych badaczy.

W ostatnich latach niejednokrotnie wentylowana była sprawa t. zw. działania ergotropowego przy wstrzykiwaniu rozmaitych szczepionek i surowic dla celów zapobiegawczych i leczniczych. O dobrych stosunkowo wynikach przy uodparnianiu nieswoistem przeciwko odrze rozmaitemi preparatami jak Caseosan, mleko, surowica końska i t. d. donoszą m. i. E. Schilling, Gallt, Bratter. W Klinice naszej wstrzykiwaliśmy w 9 przypadkach narażonych na zakażenie odrowe wyciąg z narządów morskich świnek (heteroantigen Forssmanna), czworo dzieci dostało odrę, pięcioro udało się przejściowo uchronić od zakażenia. Rezystencja ta trwała od 2—8 tygodni.

Jasiński i Progulski podali ciekawy przyczynek do epidemjologji w klinice odry na podstawie spostrzeżeń podczas endemji tej choroby w Klinice naszej w r. 1922.

Peszyńska stwierdziła możliwość przeniesienia odry za pośrednictwem osób trzecich.

Podczas endemji odry w Klinice naszej badali Redlich i Maternowska zachowanie się obrazu krwi w przebiegu odry przez cały okres wylęgania, w czasie zwiastunów, wysypki i rekonwalescencji. Stwierdzili oni, że reakcja narządów krwiotwórczych wykazuje wprawdzie wskutek zakażenia odrowego w większości przypadków pewien stale się powtarzający typ, istnieje jednak cały szereg przypadków, w których reakcja narządów krwiotwórczych we wielu szczegółach odbiega od ogólnie przyjętej normy. Liczne te wyjątki ograniczają znaczenie obrazu krwi dla celów rozpoznawczych; w przypadkach djagnostycznie wątpliwych badanie krwi może nam jako metoda pomocnicza cenne czasem oddać usługi, rozstrzygającem natomiast być ono nie może.

Od kilku lat aktualnem zagadnieniem stała się sprawa powikłań mózgowych w przebiegu chorób zakaźnych i szczepienia ochronnego przeciw ospie. W Klinice naszej mieliśmy w leczeniu opisany przez Redlicha przypadek zapalenia mózgu w przebiegu odry.

Płonica.

Badania Dicków nad etjologją, patogenezą, profilaktyką i leczeniem płonicy odezwały się głośnem echem we wszystkich krajach, w których choroba ta często w postaci epidemji występuje. Nie mając niestety oddziału dla chorób zakaźnych w Klinice naszej, zmuszeni byliśmy ograniczyć się jedynie do prac eksperymentalnych, mających ne celu wyświetlenie mechanizmu działania jadu łańcuszkowców hemolitycznych i surowicy płoniczej w ustroju ludzkim.

W pierwszej części badań poddaliśmy dokładnej analizie jad Dickowski, przyczem udało nam się stwierdzić, że nie zachowuje się on, jak tego właściwie oczekiwać należało, jak jad pierwotnie toksyczny. Odczyn Dicka jest zdaniem naszem odczynem allergicznym. Różni się on we wielu szczegółach od reakcji Schicka, przebiega o wiele szybciej, ma się wrażenie, jakoby jad Dickowski wstrzyknięty w skórę osobnika wrażliwego trafiał na podłoże już przygotowane, uczulone. Jad Dickowski zachowuje się względem czynników farmakodynamicznych (koffeina, adrenalina) podobnie jak tuberkulina. Między odczynem skórnym na czynny jad, a reakcją na ogrzany jad Dickowski niema zasadniczej różnicy tak w wyglądzie klinicznym jak i w przebiegu, chodzi tu raczej o różnice ilościowe. Wobec tego t. zw. odczyn rzekomy jest zbędny. Jady, rozmaitego pochodzenia (Warszawa, Wiedeń, Marburg, Stockholm) dają u tych samych osobników różne wyniki. Fakt ten tłumaczy się nie wielością jadów łańcuszkowców hemolitycznych; chodzi tu zdaniem naszem raczej o skutki dowolnego oznaczania t. zw. jednostki skórnej. Dawkowanie odbywa się na człowieku, a wobec różnej wrażliwości na jad płoniczy, jednostki skórne podane przez poszczególne instytuty, różnią się między sobą.

Druga część badań naszych poświęcona była t. zw. antytoksynie płoniczej. Przy badaniach neutralizacyjnych in vitro okazało się, że surowica ludzka może działać na jad Dickowski hamująco albo wzmacniająco, są ponadto surowice, które na odczyn ten wcale nie wpływają. Surowica ludzi z ujemnym O. D. przeważnie hamuje odczyn skórny, istnieją jednak dość często wyjątki od tej reguły. Istnieją jednakowoż także surowice ludzi z dodatnim O. D., które zobojętniają jad Dickowski. Przy zobojętnianiu jadu przez surowicę nie mamy do czynienia z wiązaniem toksyny przez antytoksynę, ponieważ zdarza się, że to samo połączenie jadu ze surowicą u jednego osobnika nie wywołuje żadnej reakcji, u drugiego natomiast w miejscu wstrzyknięcia tej mieszanki może wystąpić wybitnie dodatni odczyn. Gröer i Redlich opisali ciekawy objaw kilkakrotnie spostrzegany przy doświadczeniach neutralizacyjnych, t. zw. „fenomen czasowego zahamowania". Istnieją mianowicie przypadki, w których wstrzyknięcie mieszanki jad + surowica wywołuje dodatni odczyn dopiero po kilkudziesięciu godzinach względnie kilku dniach.

Surowica płonicza wstrzyknięta domięśniowo w dużej ilości przypadków nie znosi całkowicie odczynu Dicków, osłabia go raczej. Są przypadki, w których surowica płonicza znosi względnie osłabia t. zw. odczyn rzekomy, (na substancje niespecyficzne białkowe). Zastrzyki omnadyny, mleka i innych substancyj niespecyficznych łatwo wpływają na O. D. Przy działaniu surowicy płoniczej mamy prawdopodobnie do czynienia ze specyficznie wzmożonem, ergotropowem, przeciwzapalnem działaniem na ustrój.

Trzecia część badań naszych (Progulski i Redlich) poświęcona była wpływowi szczepienia ochronnego na O. D. Badania te wykazały, że O. D. w dość dużej ilości przypadków ulega samoistnym wahaniom. Przy uodparnianiu jadem Dicków udało się w połowie przypadków uzyskać ujemną reakcję. Ale ujemny odczyn ten może już po kilku miesiącach z powrotem zamienić się w dodatni. Lepsze wyniki daje anatoksyna płonicza. Istnieją przypadki, w których zapomocą gotowanego jadu płoniczego można uzyskać ujemny O. D. Zdaniem naszem O. D. w postaci w jakiej on obecnie stoi nam do dyspozycji, nie może być używany jako pewny wskaźnik stanu odpornościowego przy płonicy.

Wyniki badań naszych nad teorją Dickowską o płonicy wywołały żywą dyskusję tak na zjazdach naukowych (Warszawa, Budapeszt 1927, Królewiec 1928, Wiesbaden 1929) jak i na łamach czasopism fachowych. W tem miejscu chcielibyśmy przytoczyć zdanie Docheza, jednego z współtwórców nowej nauki o patogenezie płonicy, który na podstawie swych doświadczeń doszedł niezależnie od nas do wniosku, że odczyn Dicków jest odczynem allergicznym. „The rash of scarlet fever and the Dick reaction are apparently allergic reactions to products of Streptococcus scarlatinae". (The Journ. of exp. Med. 46. Nr. 3. 1927). W referacie nadesłanym na Zjazd w Królewcu w 1928 r. twierdzi Dochez, że jad Dickowski nie jest jadem w prawdziwem tego słowa znaczeniu, nadaje mu przeto nazwę „toxallergen". Teorja nasza przyjmuje, że jad płoniczy stanowi substancję sui generis w pośrodku między ekto- a endotoksynami. Widzimy więc z tego, że twierdzenie nasze pokrywa się z wywodami Docheza, przyczem chcielibyśmy podkreślić, że tezę naszą o odczynie Dicków, jako odczynie allergicznym wypowiedzieliśmy poraz pierwszy na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lekarskiego w marcu 1927.

Piśmiennictwo.

Gröer: Ueber Diphtherie und Diphtherieschutz beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1920. T. 25. — Gröer i Progulski: O działaniu surowicy przeciwbłoniczej w ustroju noworodka. Polski Przegląd Pedjatr. 1922. — Ciż: Ueber die Wirkung des Diphtherieheilserums im Organismus des Neugeborenen. Zeitschrift f. Kinderheilk. 1922. — Gröer i Kassowitz: Zur Bedeutung der paradoxen Reaktion auf Diphtheriebouillon beim Menschen. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. 1921. T. 33. — Gröer: Zur Frage der ergotropen Therapie und der ergotropen Wirkungen. Ther. Monats. 1921. — Tenże: Ueber Hygiogenese. Klin. Woch. 1922. Nr. 47. — Tenże: O higjogenezie. Polska Gaz. Lek. 1922. — Jasiński i Progulski: Uwagi nad epidemjologją i kliniką odry. Pedjatrja Polska. 1922. — Mikiewiczówna i Jasiński: Wpływ zabiegów ergotropowych na miano przeciwjadu błoniczego w surowicy krwi dzieci. Pedjatrja Polska 1922. — Gröer: Diphtheriestudien. I. Biochemische Zeitschr. 1923. — Tenże: Diphtheriestudien II. Biochemische Zeitschr. 1923. — Gröer i Pirquet: Masern. Handbuch der Kinderheilk. Pfaundler-Schlossmann. — Gröer: Methodik und Technik der Erforschung der normalen antitoxischen Diphtherieimmunität beim Menschen. Handbuch der

biolog. Arbeitsmethoden. (Abderhalden). — Redlich: Ueber Scharlach- und Masernprophylaxe nach Caronia. Seuchenbekämpfung. 1925. — Gröer: Kliniczne uwagi do najnowszych badań nad etjologją płonicy. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 14. — Gröer i Redlich: Der gegenwärtige Stand der biologischen Masernprophylaxe. Erg. f. inn. Med. u. Kinderheilk. 1926. T. 30. — Ciż: Essai d'immunisation prophylactique contre la rougeole a l'aide de l'antigene de Forssmann. Soc. de Biologie 1926. — Progulski i Redlich: O wartości zapobiegawczej nowej zwierzęcej surowicy przeciwodrowej Degkwitza. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 21.— Ciż: Erfahrungen mit dem neuen Masernschutzserum nach Degkwitz. Klin. Woch. 1926. Nr. 32. — Ciż: Zespół objawów anafilaktycznych w przebiegu odry po oparzeniu drugiego stopnia. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 12. — Ciż: Syndrome anaphylactique simultane a l'exanthème morbilleux après une brulure du deuxieme degré. Societe de Biologie 1926. — Ciż: O uodparnianiu przeciw błonicy zapomocą toksoidu błoniczego. Polska Gaz. Lek. 1926. Nr. 49. — Redlich: Zur Frage der Infektiositätsdauer bei Masern. Klin. Woch. 1926. — Tenże: Maserníragen. Monatschr. f. Kinderheilk. 1926. T. 34. — Gröer: O leczeniu płonicy surowicą. Praktyka Lekarska 1927. — Tenże: Uwagi w sprawie ustalenia zasadniczych pojęć w dziedzinie pato- i higjogenezy chorób zakaźnych. Polska Gaz. Lek. 1927. Nr. 43. — Gröer i Redlich: Experimentelles zur Dickschen Scharlachtheorie. Monatschr. f. Kinderheilk. 1927. T. 37. — Progulski i Redlich: Ueber Diphtherieimmunisierung mit Diphtherietoxoid. Wiener Klin. Woch. 1927. Nr. 9. Ciż: Znaczenie odczynu Dicków dla oceny wartości szczepień ochronnych. Polska Gaz. Lek .1927. — Ciż: Ist der Dicktest als zuverlässiges Kriterium des Immunitätszustandes bei Scharlach zu betrachten? Monatschr. f. Kinderheilk. 1927. T. 37. — Redlich: Przypadek zapalenia mózgu w przebiegu odry. Pedjatrja Polska 1927. T. 7. — Tenże: Ein Fall von Masernencephalitis. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1927. — Redlich i Maternowska: Przyczynek do hematologji odry. Pedjatrja Polska. 1927. T. 7. — Gröer: Patho- und Hygiogenese der Scharlacherkrankungen im Lichte der Lehre von den Streptokokkengiften und Gegengiften. Pamiętnik Zjazdu w Królewcu 1928. — Tenże: Zur primärtoxischen Wirkung des Dicktoxins. Klin. Woch. 1928. — Gröer i Redlich: Badania doświadczalne nad teorją płoniczą Dicków. Med. Dośw. i Społ. 1928. T. 9. — Ciż: Experimentelle Untersuchungen zur Dickschen Scharlachtheorie. I. Ueber den Mechanismus der Dickgiftwirkung. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1928. T. 62. — Ciż: II. Ueber das angebliche Dicksche Scharlachantitoxin. Ibidem. — Progulski i Redlich: III. Scharlachschutzimpfung und Dicktest. Ibidem. Gröer i Redlich: Eksperimentalna istrazivanja Dick-ove teorje skrleta. Liječnički Vjesnik. 1928. — Peszyńska: Przyczynek do epidemjologji odry. Polska Gaz. Lek. 1928. — Progulski i Redlich: Hautgangrän im Verlauf einer schweren Rachendiphtherie. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1928. — Redlich: Scharlach schutzimpfung in Polen und ihre Erfolge. Pamiętnik Zjazdu w Królewcu 1928. — Tenże: Beobachtungen bei experimentellen Masern. Zeitschr. f. Kinderheilk. 1928. — Redlich i Maternowska: Beitrag zur Hämatologie der Masern. Monatschr. f. Kinderheilk. 1928. T. 38. — Gröer: Das Scharlachproblem. Klin. Woch. 1929. — Tenże: Zur Deutung der Schickschen Reaktion. D. m. W. 1929. — Progulski i Redlich: Zgorzel skóry w przebiegu błonicy gardła. Polska Gaz. Lek. 1929. Nr. 23.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Okres badań nad krzywicą, zapoczątkowany w r. 1913 przez witaminową teorję Kazimierza Funka, bogaty w szereg cennych odkryć, z których najważniejszem było stwierdzenie własności leczniczych promieni pozafiołkowych w r. 1918 przez Huldschinsky'ego, uwieńczony został przed dwoma laty odkryciem bezpośredniego czynnika przeciwkrzywicowego, jakim jest naświetlana ergosteryna.

Zbiorowemu wysiłkowi pracowni całego świata udało się wykazać łączność między wpływem leczniczym witaminy Funka, zawartej w tranie rybim, a działaniem promieni pozafiołkowych — zarówno w zastosowaniu ich bezpośredniem na skórę ustroju krzywiczego, jak i w pośredniem przy podawaniu naświetlanych pokarmów.

W poszukiwaniu elementu wspólnego owym środkom przeciwkrzywiczym, jak tran, naświetlane środki spożywcze oraz ciało powstające i działające przeciwkrzywiczo w naświetlanym ustroju żywym — pierwszy A. F. Hess wyraził przypuszczenie, że elementem tym jest cholesteryna. Autor ten wspólnie z Steenbockiem naświetlał cholesterynę i wykazał na zwierzętach, że po naświetleniu nabywa ona własności przeciwkrzywiczych. Dalsze badania przeprowadzone w tym kierunku przez uczonych amerykańskich i niemieckich (Hess i współpracownicy: Steenbock, Rosenheim, Beumer, György) wykazały, że wszystkie artykuły spożywcze, które pod wpływem światła pozafiołkowego nabywają własności przeciwkrzywiczych (oleje roślinne i zwierzęce, mleko, masło, mąka, mięso i t. d.) zawierają cholesterynę. Także i dawniej już podejmowane próby wyodrębnienia czynnika przeciwkrzywiczego z tranu przemawiały na korzyść hipotezy Hessa, stwierdziły bowiem, że czynnik ten znajduje się we frakcji niezmydlającej się, która zawiera cholesterynę.

Właściwym jednak pomostem między dawną teorją witaminową Funka, a działaniem światła pozafiołkowego było stwierdzenie faktu, że naświetlana skóra, podana jako pokarm szczurom zapobiega powstaniu krzywicy doświadczalnej, względnie leczy ją. W skórze zatem znajdować się musi ciało, które ze stanu nieczynnego pod wpływem światła uczynnia się, t. j. zamienia się w witaminę. I w rzeczywistości skóra, poza mózgiem jest tkanką najbogatszą w cholesterynę.

W dalszych badaniach klinicznych zwrócono uwagę na różnicę, jaka zachodzi między dawką leczniczą naświetlanej cholesteryny, wynoszącą 2—3 gr dziennie (Vollmer), a niewielkiemi jej ilościami, zawartemi w 300—500 gramach naświetlanego mleka (Scheer i Rosenthal), które wystarczają do wyleczenia niemowlęcia krzywiczego w przeciągu 4—6-ciu tygodni. Liczne prace doświadczalne i badania własności fizykochemicznych naświetlanej cholesteryny, podejmowane w celu wyjaśnienia tych sprzeczności pozwoliły przyjąć, że czynnik przeciwkrzywiczy stanowi jedynie domieszkę zwykłej cholesteryny i jest identyczny z substancją, dającą się wyosobnić z wielu niższych roślin, sporyszu i drożdży. Wątpliwości zostały ostatecznie rozwiane dopiero wtedy, kiedy wielkiemu znawcy steryn, Windausowi wspólnie z fizykiem Pohlem udało się zapomocą badania spektroskopowego wykazać, że substacją macierzystą czynnika przeciwkrzywiczego jest ergosteryna, znajdująca się w cholesterynie w ilości $^1/_{60}$%.

Odkryte przez Windausa ciało, o wzorze sumarycznym $C_{27} H_{42} O$, jest steryną bardziej od cholesteryny nienasyconą, wrażliwą na utlenianie, łatwo przyłączającą drobinę wodoru. Daje się ona strącać przez digitoninę. Występuje w trzech odmianach podwójnych. Posiada własne widmo absorbcyjne o dwu charakterystycznych smugach pomiędzy 230—280 $\mu\mu$. W czasie naświetlania strącalność jej pod wpływem digitoniny maleje i ostatecznie, z równoczesnem zniknięciem charakterystycznego widma absorbcyjnego, ustaje. Z tą chwilą nabywa ona maximum własności przeciwkrzywiczych. Przemiana chemiczna, która odbywa się pod wpływem promieni pozafiołkowych nie jest jeszcze znana. Według Windausa nowe ciało przedstawia związek izo- lub polimeryczny nienaświetlanej ergosteryny.

Identyczność naświetlanej ergosteryny, nazwanej przez Mc. Collum'a witaminą D, przez Funka zaś witasteryną D, z czynnikiem przeciwkrzywiczym tranu nie jest jeszcze stanowczo stwierdzoną. Widmo absorbcyjne witaminy tranowej różni się nieco od widma witaminy sztucznej, oba ciała wykazują jednak pozatem szereg wspólnych właściwości. Pod wpływem utleniania, czy działania wysokiej ciepłoty i pod wpływem zbyt długiego i intenzywnego naświetlania tracą obie własności przeciwkrzywicze. Nie dają obie strącać się przez digitoninę i co ważniejsze — zarówno w doświadczeniu na zwierzętach, jak i w leczeniu krzywicy ludzkiej rozwijają identyczne działanie biologiczne.

Między wpływem leczniczym tranu, a działaniem promieni pozafiołkowych i naświetlanej niemi ergosteryny niema w istocie żadnych sprzeczności; różnica polega jedynie na tem, że wspólnego czynnika przeciwkrzywiczego w pierwszym wypadku, gdy mowa o tranie, dostarcza przyroda. Mianowicie: zawarta w wodorostach morskich, algach, ergosteryna uczynnia się pod działaniem promieni pozafiołkowych naturalnego światła słonecznego, padającego obficie na powierzchnię wód i w tej czynnej postaci dostaje się drogą zwierzęcego planktonu do ustroju ryb morskich, gdzie gromadzi się w wątrobie (Beumer, Falkenheim,

Clement). W leczeniu zaś światłem pozafiołkowem czynnik przeciwkrzywiczy uczynniony zostaje w sposób sztuczny wprost w skórze ustroju krzywiczego, względnie w produktach spożywczych i preparatach chemicznych nieczynnej ergosteryny. W świetle badań z ostatnich lat czynnik przeciwkrzywiczy składa się zatem z ergosteryny, stanowiącej podstawę każdego sposobu leczenia krzywicy, oraz z działania promieni pozafiołkowych naturalnych lub sztucznych, niezbędnych do jej uczynnienia. Bez dostarczenia ustrojowi krzywiczemu tego czynnika, bez względu na to, czy powstaje on czynnie w skórze chorego lub doprowadzony zostaje biernie w tranie, naświetlanych artykułach spożywczych lub preparatach farmaceutycznych, leczenie krzywicy jest niemożliwe.

Zasługi odkrycia i chemicznego wyodrębnienia ergosteryny oraz zbadania jej własności przeciwkrzywiczych nie umniejsza bynajmniej fakt, że przeciwkrzywicze działanie posiadają także i inne ciała, naświetlane promieniami o pewnej długości fal, jak pokrewne sterynom digitaligenina i acetyldigitaligenina. Na znaczenie tego epokowego odkrycia nie wpływają również wyniki badań Völtza oraz Schittenhelma i Eislera, które podały w wątpliwość powstawanie przeciwkrzywiczego czynnika wyłącznie pod działaniem energji promienistej. Wykazały one mianowicie, że rosnąca bez światła trawa *lolium perenne* oraz kiełkujące bez dostępu światła ziarna jęczmienia działają przeciwkrzywiczo. Ponieważ ziarna trawy i jęczmienia nie posiadają a priori własności przeciwkrzywiczych, a wzrost i kiełkowanie odbywa się bez dostępu światła, czynnik przeciwkrzywiczy powstawać musi w czasie i wskutek kiełkowania i rozwoju rośliny z niestwierdzonego jeszcze dotychczas ciała macierzystego. Badania powyższe dowiodły, że kiełki roślinne zawierają w sobie nieprzewidziane i niewyzyskane dotychczas rodzaje energji, a kiełkowanie i wzrost rośliny, mało zbadane, a tak zagadkowe zjawiska w przyrodzie, mają dla czynnika przeciwkrzywiczego, dla witaminy D, takie same znaczenie, jak dla witamin A, B, i C. Badania te wniosły do nauki o witaminach wiele ciekawych problemów, które będą tematem dalszych dociekań naukowych i podały w wątpliwość tezę, że do powstania witaminy D niezbędną jest energja świetlna, nie wpłynęły jednak zupełnie na znaczenie i wartość praktyczną chemicznie wyodrębnionej witaminy D.

Ergosteryna, naświetlona promieniami pozafiołkowymi o długości fali 300—270 $\mu\mu$ wykazuje własności lecznicze już w minimalnych dawkach. Dawka 0,01 mg pro die per os leczy krzywicę szczurów w przeciągu 2—3 tygodni (Hess), dawka 0,1—1 mg leczy krzywicę psów w ciągu 3—4 tygodni (Hottinger), zapobiegawcze zaś dawki są jeszcze mniejsze i wynoszą dla szczurów 0,001—0,002 mg (Hess i Rosenheim, Webster, Holtz).

C. d. n.

I. HESCHELES. Lwów.

Walka z kiłą wrodzoną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Zwalczanie kiły wrodzonej stanowi trudny do rozwiązania problem zarówno z punktu widzenia teoretycznego jak i społeczno-lekarskiego. Kiła wrodzona przedstawia pod względem klinicznym i patogenetycznym nieporównanie cięższą postać chorobową, aniżeli kiła nabyta u dorosłych. Ta ostatnia natrafia na organizm dojrzały o większym lub mniejszym zasobie odporności, który sprawia, że przebieg kiły przybiera u dorosłych formę powolną, przewlekłą, nie zagrażającą bezpośrednio życiu, a łatwo leczeniu dostępną, zaś oszczędzającą przez długi szereg lat tkankę nerwową. Przy kile wrodzonej zaś na skutek z pewnością mniejszego oporu noworodka wobec zarazka kiły, a bezpośrednio dokrewnego sposobu zakażenia napotykamy zupełnie odmienny typ schorzenia, który nazwaćby można, w porównaniu do kiły dorosłych, ostrym, szybko postępującym (naturalnie biorąc w rachubę postać chorobową nieleczoną) a nadewszystko szybko atakującym rdzeń młodego organizmu t. j. tkankę nerwową.

W następstwie tego zagraża kiła wrodzona już w pierwszych początkach swego rozwoju bezpośrednio życiu niemowlęcia, zaś w najlepszym razie jego władzom umysłowym. Tem się tłumaczy, iż kiła wrodzona dawała w epoce przedsalwarsanowej b. wysoki odsetek śmiertelności (do 85%), a z drugiej strony największy kontygent idjotów i matołków. Dzięki salwarsanowi otrzymaliśmy wprawdzie silną broń do ręki także i dla zwalczania kiły wrodzonej, jednakże i zastosowanie salwarsanu nie rozwiązało tego zagadnienia w zupełności. Toteż nie dziw, że właśnie dla zwalczania kiły wrodzonej powstają na Zachodzie instytucje społeczno-lekarskie w postaci poradni, domów dla dzieci kiłowych, które biorą w opiekę niemowlęta obarczone kiłą wrodzoną, poddając je regularnemu leczeniu i śledząc ich rozwój fizyczny i umysłowy aż poza wiek dziecięcy. Podobną instytucją jest i nasza „Poradnia przeciwkiłowa" przy lwowskiej Klinice Pedjatrycznej, która wprowadzona w życie w r. 1920 przez Progulskiego, zaś w roku następnym objęta przezemnie, do dziś dnia spełnia swoje ważne zadanie społeczno lekarskie, starając się rozwiązać dylemat udoskonalenia i uproszczenia techniki leczniczej tak, by dzieci kiłowe w najkrótszym czasie uzdrowić i tem samem uczynić z nich pełnowartościowe jednostki społeczeństwa.

W staraniach osiągnięcia możliwie skutecznej, a energicznej metodyki leczenia, postąpiliśmy o wielki krok naprzód. Gdy bowiem z jednej strony obniżyliśmy odsetek śmiertelności do poziomu nie o wiele wyższego ponad przeciętny poziom śmiertelności niemowląt w naszych okolicach, to z drugiej strony z dzieci pozostałych przy życiu i korzystających z naszej opieki przeważający odsetek nie odbiega w rozwoju fizycznym i umysłowym w niczem od normy.

Te pomyślne wyniki otrzymaliśmy nietylko dzięki ulepszeniu samej techniki leczenia, ale dzięki zorganizowaniu poradni kiłowej na sposób otwartej opieki społecznej nad niemowlęciem. Jesteśmy bowiem w metodyce zwalczania kiły wrodzonej zwolennikami otwartej, czyli ambulatoryjnej opieki społecznej nad dziećmi kiłowemi, a to i ze względów materjalnych jak i merytorycznych. Urządzenie pawilonów dla dzieci kiłowych odpowiadających wszelkim wymogom nowoczesnej techniki i higjeny byłoby połączone z kosztami utrudniającemi w dzisiejszych oszczędnościowych czasach ich realizację; pozatem akcja taka napotkałaby na opór ze strony wielkiej części matek, które nie zgodziłyby się na oddanie swych dzieci na dłuższy przeciąg czasu na oddział szpitalny. Największym argumentem jednak jest fakt stwierdzony wielokrotnem doświadczeniem, że niemowlęta posiadają w opiece domowej przy naturalnem karmieniu lepsze warunki rozwoju, aniżeli w gromadnej opiece szpitalnej. Organizacja Poradni przeciwkiłowych wymaga pozatem stosunkowo niewielkich kosztów, a jedyną jej trudnością jest zapewnienie jej fachowo wykształconego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Do zasadniczych warunków powodzenia takiej społeczno-lekarskiej placówki należy także dobrze zorganizowana akcja propagandowa, oraz utrzymywanie ścisłego kontaktu z dziećmi przez czas leczenia i późniejszy okres badań kontrolnych. Te właśnie napozór tak trudne do przezwyciężenia przeszkody otwartej opieki udaje się jednak — jak mogliśmy się przekonać — skutecznie zwalczyć, dzięki pracy dobrze wyszkolonych wywiadowczyń społecznych. Na technikę rejestracyjną i ewidencyjną należy również baczną zwrócić uwagę. Nasz schemat karty ewidencyjnej uwzględnia wszystkie dane, tyczące się wywiadów, stanu klinicznego, przebiegu choroby, sposobu leczenia, i badań kontrolnych w odpowiednich rubrykach w sposób przejrzysty i okazał się w pracy tak praktycznym, że możemy go wszystkim polecić.

Przyrost roczny chorych dzieci kiłowych ulegał znacznym wahaniom: podczas gdy w pierwszych latach ilość nowozgłoszonych dzieci stale się wzmagała, to w ostatnich 3 latach daje się zaznaczyć znaczne zmniejszenie się przyrostu. Daje się to wytłumaczyć spadkiem cyfry zachorzeń u dorosłych. Cyfry przyrostu od r. 1921 przedstawiają się następująco:

w r. 1921 — 15 nowo zgłoszonych
w r. 1922 — 27 nowo zgłoszonych
w r. 1923 — 36 nowo zgłoszonych
w r. 1924 — 22 nowo zgłoszonych
w r. 1925 — 42 nowo zgłoszonych
w r. 1926 — 23 nowo zgłoszonych
w r. 1927 — 29 nowo zgłoszonych
w r. 1928 — 15 nowo zgłoszonych

Materjał poradni kiłowej czerpiemy: 1) z ogólnej przychodni klinicznej, 2) ze stacji społecznej nad dzieckiem przy klinice pedjatrycznej, 3) ze stacji noworodków przy klinice położniczej.

Przyjęcie nowozgłoszonych dzieci odbywa się w sposób następujący: Matce dziecka, u którego stwierdzono kiłę, wyjaśnia się cel i zadania poradni kiłowej, umożliwiającej jej bezpłatne wyleczenie dziecka z choroby zagrażającej życiu i stanowi umysłowemu dziecka. W tym celu wymaga się od matki regularnego odwiedzania poradni wedle wskazówek lekarza, co matka potwierdza — dla poparcia moralnego zobowiązania z jej

strony — własnoręcznym podpisem na rewersie. Następnie spisujemy wywiady, badamy krew rodziców i rodzeństwa chorego dziecka na o. Wass. i Meinickego, spisujemy stan obecny chorego dziecka, badamy płyn mózgowo-rdzeniowy i przystępujemy do leczenia. Leczenie odbywa się 2 razy tygodniowo w oznaczonych godzinach, wedle schematu niżej podanego. Po każdej kuracji wykonujemy badanie serologiczne krwi na odczyny Wass. i Meinickego jakoteż, wedle potrzeby, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie inteligencji u dzieci starszych odbywa się oddzielnie w specjalnie oznaczonych dniach przez lekarza specjalistę (Doc. Dr. Demianowski).

Obraz kliniczny wczesnej postaci kiły wrodzonej.

Obraz kliniczny kiły wrodzonej wczesnej przedstawia — jak wiadomo — charakter różnorodny tak pod względem t. zw. okresu wylęgania jak i przebiegu i stopnia schorzenia. Powszechnie przyjęty podział kliniczny na lues *cong. parietalis i visceralis* ma pewne uzasadnienie i z tego względu, że w cięższych przypadkach przeważają objawy ze strony organów trzewiowych (śledziona, wątroba) podczas gdy w średnich i lżejszych przypadkach objawy kiłowe ograniczają się przeważnie do skóry i błon śluzowych. Klasyfikacja ta określa więc stopień schorzenia i stoi w ścisłym związku z czasem zakażenia w okresie życia płodowego; im bowiem wcześniejsze zakażenie płodu, tem cięższa postać kiły wrodzonej w okresie pozapłodowym.

Kilka szczegółów statystycznych, zaobserwowanych na naszym materjale, rzuci pewne światło na charakterystyczne dla kiły wrodzonej cechy kliniczne. I tak mogliśmy zebrać następujące dane na podstawie naszych wywiadów co do okresu wylęgania kiły wrodzonej t. j. czasu, w którym osesek licząc od dnia urodzenia jest wolny od wszelkich objawów klinicznych.

Pierwsze objawy skórne wystąpiły:
a) Tuż po urodzeniu w 11% przyp.
b) W pierwszym miesiącu życia w 33% przyp.
c) W drugim miesiącu życia w 23% przyp.
d) W trzecim miesiącu życia w 17,5% przyp.
e) Powyżej 1-go kwartału życia w 15,5% przyp.
Razem w pierwszym kwartale w 85% przyp.

Najwcześniejszym i najczęstszym objawem klinicznym kiły wrodzonej była, wedle naszego materjału, sapka (w 57% przyp.), która poprzedzała objawy skórne, z objawów towarzyszących najczęstszą była czyraczność (w 11% przyp.). Objawów klinicznych ze strony układu środkowonerwowego w żadnym przypadku wczesnej kiły wrodzonej nie stwierdziliśmy, jakkolwiek — jak to poniżej jeszcze szczegółowo wykażemy — płyn mózgowo-rdzeniowy w tym okresie wykazywał w przeważającej ilości przypadków, bo w 85%, zmiany chorobowe w postaci dodatnich odczynów białkowych lub kolloidalnych, w tem w 2 przypadkach (około 4%) już u noworodków.

Leczenie:

W leczeniu dzieci kiłowych staraliśmy się — jak to wyżej zaznaczyliśmy — osiągnąć w najkrótszym czasie uleczenie zupełne, które wedle naszych dzisiejszych pojęć opiera się na następujących kryterjach: 1) stale ujemne oddziaływanie krwi na odczyny kiłowe zarówno Wass. jak i kłaczkowate, o czem mowa poniżej, 2) ujemny wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego, 3) prawidłowy rozwój inteligencji. Idąc za przykładem Ericha Müllera, który pierwszy wskazał na skuteczne działanie wysokich dawek neosalwarsanu przy kile wrodzonej wobec wysokiej tolerancji osesków względem preparatów chemoterapeutycznych, stosowaliśmy w pierwszej kuracji przy dobrym stanie ogólnym oseska stosunkowo wysokie dawki salwarsanowe domięśniowo, a tyle dawek po 0,15 na kurację + ile kilogramów waży dane niemowlę. Obok salwarsanu stosowaliśmy również rtęć w postaci zastrzyków domięśniowych zawiesiny calomelu w oliwie w dawce jednorazowej 1 mg na kg wagi, ogółem 12 dawek na kurację lub też bizmut w postaci jednego z preparatów zawiesinowych również 12 dawek po 2—3 mg bizmutu metalicznego na kg wagi i jedną kurację. Całkowite leczenie składa się wedle naszego schematu z trzech takich kuracyj. Pierwsza z nich odgrywa najważniejszą rolę i powinna być przeprowadzoną o ile możliwości najenergiczniej i w maksymalnych dawkach (5—6 dawek neosalw. po 0,15). Po pierwszej takiej kuracji osiągamy — przy wczesnem rozpoczęciu leczenia t. j. w 1-szym kwartale życia — zazwyczaj już ujemne oddziaływanie surowicy na odczyny kiłowe. Dwie następne kuracje przeprowadzamy w odstępach dwumiesięcznych. Po przeprowadzeniu całkowitej kuracji powtarzamy badania kontrolne surowicy, płynu i inteligencji jakoteż badanie kliniczne w odstępach półrocznych. W ostatnich czasach zastosowaliśmy leczenie zimnicą kilku przypadków kiły wrodzonej, zwłaszcza jej form późniejszych *(lues tarda)*, w których dają się stwierdzić zmiany w płynie mózgo-rdzeniowym[1]).

Co do działania bizmutu na kiłę wrodzoną, to przekonaliśmy się, że zastosowany samoistnie, bez salwarsanu, usuwa jedynie czasowo wykwity skórne, działa więc zbyt łagodnie, a nawet sprzyja — jak wszystkie środki działające zbyt powierzchownie — powikłaniom nerwowym. Preparatami salwarsanowymi w połączeniu z bismutem osiągamy przy kile wrodzonej wyniki podobne jak przy leczeniu salwarsanowem w połączeniu z rtęcią.

Zasadniczym warunkiem uzyskania możliwie pomyślnego wyniku leczniczego przy kile wrodzonej jest zadziałanie w najwcześniejszym jej okresie, o ile możności tuż po urodzeniu, najenergiczniejszemi dawkami salwarsanowemi. W wypadkach, gdzie z powodu kiły trzewiowej lub z powodu stanu ogólnego niemowlęcia zastosowanie salwarsanu jest ryzykowne, posługujemy się czasowo środkami łagodnymi, a więc rtęcią lub bizmutem, by po możliwie jaknajwcześniej uzyskanej poprawie stanu ogólnego przejść stopniowo do silnych dawek salwarsanu.

Kryterja wyników leczniczych przy kile wrodzonej.

Jak to już zaznaczono wyżej, posługujemy się dla oceny biegu leczenia następującemi kryterjami:
1) odczyny serologiczne,
2) odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym,
3) badanie inteligencji.

C. d. n.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd Radjologiczny, tom IV, zeszyt 1: Z. Dziembowski: Teoretyczne uzasadnienie, sposób stosowania i wyniki dotychczasowe autotransfuzji krwi naświetlonej promieniami X. — E. Bruner: O leczeni uchorób skóry promieniami t. zw. „granicznemi" (Bucky'ego). — Z. Grudziński: Nowa uproszczona metoda roentgenograficzna dokładnego umiejscowienia ciał obcych metalicznych w gałce ocznej. — A. Grosglik: Objawy skórne w przypadku białaczki szpikowej, powstałe pod wpływem promieni Roentgena. Przyczynek do patogenezy leukemidów. — B. Grynkraut i H. Lewenfisz:Przypadek torbieli języka, rozpoznany roentgenologicznie i potwierdzony operacyjnie. — I. Wiński: Rzadki przypadek myositidis ossificautis post luxationem coxae sin. — E. Bruner: Na marginesie spraw zawodowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 23—24, z 6—19 czerwca 1929: Zeszyt poświęcony I. Zjazdowi Aptekarzy Słowiańskich, Poznań—Warszawa, 10—14 czerwca 1929, zawiera: Powitanie; Poznań; Powszechna Wystawa Krajowa w Poznaniu: Na marginesie I-go Zjazdu Aptekarzy Słowiańskich; Stan aptekarstwa w krajach słowiańskich; 60 letni jubileusz pracy zawodowej Leonarda Kostrzeńskiego. — Leonard Kostrzeński: Miscellanea et Varia Pharmaceutica Poznaniensia.

Lekarz Polski, rok V, Nr. 6, z 1 czerwca 1929:W. Gądzikiewicz: O nauczaniu higjeny na Wydziałach Lekarskich. — A. Biliński: Wole a ubytek materjału ludzkiego dla siły zbrojnej Państwa; Akcja sanitarno-porządkowa i usuwanie nieczystości; Medycyna społeczna zagranicą; Z Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, Nr. 24, z 13 czerwca 1929: H. Higier: Nerwice ogólne. psychonerwice i nerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej, a racjonalne ich leczenie. — S. Schilling-Siengalewicz: Uszkodzenie promieniami Roentgena okrężnicy jako przyczyna zejścia śmiertelnego. — St. Kramsztyk: Nowe kierunki w nauce o żywieniu (Streszcz. zbior.). — Z. Srebrny: Prasa lekarska w Polsce odrodzonej (dok.). — A. Ciągliński: Statystyka lekarska i statystyka sanitarna. Nasze błędy.

[1]) Sposób leczenia zimnicą i jego wyniki omawiamy poniżej łącznie z ogólnymi wynikami leczniczymi, osiągniętymi w naszej poradni kiłowej.

Rocznik Psychjatryczny, rok 1929, zeszyt X: św. p. I. Morawski: Rola pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi. — M. Rose: O zmianach architektonicznych kory mózgowej w padaczce samoistnej. — F. Wichert i R. Dreszer: Z histopatologji padaczki. — P. Milewski i E. Wilczkowski: Badania kapilaroskopowe u epileptyków. — I. Handelsman: Przyczynek do zaburzeń psychicznych przy nowotworach mózgu. — M. Präger: Problem kulturalnej twórczości epileptyków. — H. Jankowska: Przyczynek doświadczalny do nauki o ejdetyźmie i jego związku z konstytucją fizyczną. — Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. Dr. Władysław Jarecki.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 6, z czerwca 1929: St. Skowron: Zasada podziału pracy u zwierząt. — Wł. Vorbrodt: Czy i jaką wartość posiadają nasze fosforyty? — K. Sochaniewicz: Pierwociny staropolskiego miernictwa.

Medycyna praktyczna, rok III, zeszyt 5, 1929: Kund Secher: Leczenie wewnętrznej gruźlicy sanokryzyną. — W. Werner: Leczenie zastrzałów. — Zdz. Szymoński: Z kazuistyki zastrzyków dosercowych. z

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 12, z 15 czerwca, 1929: Memorandum w sprawie Kas chorych; Sprawozdanie z X. Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego; Ze Związku Lekarzy P. P.: Partactwo w lecznictwie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVIII, Nr. 3, z 15 czerwca 1929: Nałęczów. — Zdrojownictwo. — L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk. — A. Mester: Wsprawie walki z reumatyzmem. — Z. Pelczar: Zarys historji klimatoterapji chorób narządu krążenia z uwzględnieniem ziem polskich. — Referaty z prac fizjoterapeutycznych.

Kronika dentystyczna, rok XXIV, Nr. 5—6, za maj—czerwiec 1929: Wł. Szafran: Instytuty dentystyczne Kas Chorych a wykonywanie mostków ze złota.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo zagraniczne

Gendai no Igaku.

Nr. 9—10. 1928.

S. Saito: *Skuteczne leczenie nieprawidłowego miesiączkowania za pomocą sistomensiny.* Autor m. inn. podaje następujący przykład: 40-letnia chora, rodziła trzykrotnie, 8 lat temu poroniła. Miesiączka wtedy pojawiała się nieregularnie i stan chorej pogorszył się znacznie, zwłaszcza od końca roku 1927. Na 3 dni przed badaniem rozpoczęły się krwawienia i trwały 20 dni. Badanie ujawniło prawostronne zrosty macicy z przydatkami i lekką wrażliwość na ucisk. Zalecono codzienne gorące przemywania pochwy i przetwór przeciw niedokrwistości. Ażeby doprowadzić do porządku następną miesiączkę, S. przepisał po 10 tabletek dziennie sistomensiny. W 10 dni po rozpoczęciu leczenia chora zaczęła się użalać na bóle w brodawkach sutkowych, jakie zwykle pojawiają się przed miesiączką. W trzy dni potem pojawiło się krwawienie, przerwano tedy miejscowe leczenie i dawano dalej sistomensinę. Krwawienia były obfitsze aniżeli zwykle, dolegliwości jednak nie występowały tak silnie. Po 6 dniach krwawienie ustało, a było to pierwsze normalne miesiączkowanie od sześciu lat.

Archivos de medicina, cirurgia y especialidades.

Nr. 16. 1928.

Reverter, La Cumbre: *Chininophytina w zimnicy.* W praktyce lekarskiej często zdarzają się zawody w leczeniu chininą, wskutek czego lekarz powinien się przekonać: 1) czy chory rzeczywiście spożył chininę, 2) czy lekiem przyjętym była rzeczywiście chinina, 3) czy chory trawi chininę, 4) jakiego rodzaju bodziec zimnicy wchodzi w grę w danym przypadku (tertiana, quartana czy tropica); ponimo, że szkoła uczy nas, że chinina jest skuteczną we wszystkich tych odmianach zimnicy, oraz 5) czy chory nie jest odporny na chininę.

Częste zawody, zwłaszcza w praktyce wiejskiej autor przypisuje złemu wchłanianiu się chininy wobec zaburzeń żołądkowo-jelitowych i złemu odżywianiu chorych. W ostatnich czasach zalecano środki, mające zastąpić chininę, jak salwarsan, błękit metylenowy, które tylko w specjalnych przypadkach dają pomyślne wyniki. Euchinina, zadawana dzieciom w miksturze, również ma swoje wady. Jest drogą, ma zły smak i wcale nie może zastąpić siarczanu lub węglanu chininy.

Wszystkich tych niewłaściwości niema chininophytina. Autor obserwował w obwodowem krążeniu jak szybko giną pod wpływem chininophytiny gamety. Inne środki nie są tak skuteczne, gdyż chociaż pod ich wpływem giną napady zimnicy, to jednak nie działają one zabójczo na płciowe formy zarodków zimnicy. Z tego wynika, że taki chory nie może być ponownie zakażony przez komara widlisza, a przeciwnie uważany być winien za nośnika malarji, zdolnego zakazić komara. Chory przeto, leczony siarczanem lub węglanem chininy, euchininą, aristochininą i innemi pokrewnemi środkami może stanowić wielkie niebezpieczeństwo dla swojego otoczenia, ponieważ przechowuje w swojej krwi pasorzyty zimnicy. Przy sosowaniu chininophytiny szkodliwość ta i niebezpieczeństwo są wyłączone.

Zalety chininophytiny polegają na tem, że chory oprócz czynnego leku przeciwzimniczego otrzymuje znakomity środek wzmacniający. Chininophytina doskonale się wchłania i zawsze jednakowo oddziaływuje na wszelkie formy w fazie płciowego rozwoju zarazków. Nigdy nie bywa odporności względem chininy i zawsze przyjmowaną bywa bez wstrząsu ze strony chorych. Wobec tedy pewności, że chory w samej rzeczy otrzymuje chininę, chronimy go od bezwartościowych przetworów, często trafiających się na rynku.

Mediz. Klinik.

Nr. 4. 1929.

Erisch Basch: *Przyczynek do stosowania soli fosforowych, pod postacią phytiny, jako leków wzmacniających.* Z stacji opieki nad gruźlikami — Berlin — Lichtenberg. Wszelkie, choćby najbardziej celowe zabiegi lecznicze i higjeniczne u chorych na gruźlicę bywają często daremne, o ile poza leczeniem cierpień podstawowych nie poświęca się należytej uwagi oddziaływaniu na upośledzony stan ogólny chorych. Znaczna nawet poprawa narządu zajętego przez gruźlicę często nie zrównoważa ustroju wyprowadzonego z normy wskutek nagromadzenia toksyn. Obowiązkiem lekarza jest wpływanie w czasie właściwym na utrzymanie ogólnego stanu sił chorego. Często u gruźlików następuje zmniejszenie ilości soku żołądkowego, a w większej ilości przypadków ztąd wynika brak łaknienia, znaczna strata na wadze i ogólne wycieńczenie, stające na przeszkodzie ogólnej poprawie podmiotowej i przedmiotowej. Oprócz środków pobudzających wydzielanie soków żołądkowych, jak m. in. leki gorzkie, już oddawna znano w takich przypadkach skrzepiające działanie fosforu; podawano go pod postacią tranu fosforowego, po którym chorzy, nawet w wieku młodocianym, rokowali dobry skutek. Podawanie tranu fosforowego jednak w wielu przypadkach trafia na trudności z powodu wstrętu, jaki chorzy ujawniają względem smaku tranu. Z tego powodu skorzystano z oddawna znanej phytiny dla wypróbowania jej na znacznej ilości chorych.

Podług Starkensteina i innych, phytina jest kwaśną solą wapniowo-magnozową kwasu inozyt-sześciofosforowego.

Na stacji w Berlinie - Lichtenberg stosowano phytinę u 55 chorych. Przy wyborze materjału do doświadczeń kierowano się przypadkowi gruźlicy, w których po dłuższem leczeniu zauważono mniej lub więcej znaczną poprawę stanu płuc, a jednak wykazujących wyraźne powstrzymanie poprawy ogólnego stanu ustroju. W najczęstszych przypadkach niedającej się zwalczać straty na wadze, pomimo całej energji leczenia była odporność względem środków, mających na celu pobudzenie łaknienia, a w niektórych z nich także wykonywanie przez chorych pracy, przekraczającej ich zdolność fizyczną. Podawaliśmy wtedy phytinę w kroplach 3 razy dziennie po 25 kropli przed jedzeniem. Lek ten przyjmowano zawsze chętnie i bez jakichbądź dolegliwości. Prawie wszyscy, z wyjątkiem 6 ciężko pracujących chorych po 2 tygodniach oznajmiali o wybitnej poprawie stanu ogólnego samopoczucia, wyrażającej się w wzmożonej chęci do pracy i w powrocie otuchy.

Kontrole, dokonywane w odstępach 3-tygodniowych, wykazywały jako wynik poprawę łaknienia u 42 chorych i wyraźne przybieranie na wadze, wynoszące po kilku tygodniach do 2,2 kg.

Równolegle z wzmożeniem apetytu rozwijało się uczucie dalszego wyzdrawiania i zdolności do pracy, jakie właśnie u osób, należących do kategorji ciężko pracujących robotników w zwykłych warunkach tylko z wielką trudnością i bardzo powoli się dają przywracać.

U wielu chorych dokonywano kontroli stanu krwi, przyczem stwierdzono zwiększenie się ilości hemoglobiny, a po dłuższem podawaniu phytiny także ilości czerwonych krwinek. Bezpośredniego wpływu na stan płuc nie stwierdzono, a w stosunku do różnych typów gruźlicy płucnej zauważono jednak doskonały wpływ na stan ogólny w marskości i postaciach twórczych, natomiast nie obserwowano korzystnego wpływu na formy wysiękowe z ich uciążliwem zatruciem; jednak i w tych ciężkich przypadkach stwierdzono uczucie większej świeżości i ruchliwości jako objawy, jakie przypisać należy oddawna już znanemu wpływowi fosforu na ośrodek nerwowy.

W streszczeniu wypada wnioskować, że podawanie gruźlikom fosforu pod postacią phytiny powoduje wzmożone łaknienie, nabieranie na wadze i uczucie rzeźwości, jako dodatnie wpływy na stan ogólny ustroju gruźliczego, a tem samem pośrednio na pewne postacie sprawy gruźliczej.

Therapia a Gyakorló orvos lapia.

Nr. 5. 1929.

Emerich Freywirth: *Elbon w leczeniu płuc.* Leczenie chorób płucnych kwasem cynamonowym, wprowadzonym przez Landerera stopniowo straciło swe znaczenie, ponieważ wstrzykiwania śródżylne były zbyt uciążliwe i prowadziły do bardzo niepożądanych objawów ubocznych.

Jako najprostszy sposób wprowadzania do chorego ustroju kwasu cynamonowego uważać należy jego wewnętrzne stosowanie i w tym celu elbon „Ciba" nadaje się najlepiej.

Freywirth wspomina o pomyślnych wynikach doświadczeń Assmanna, Camphausena, Sternberga, Chodi'ego, Heumanna i innych, które skłoniły go do zadania elbonu na swym oddziale szpitala.

Wymienieni autorowie zauważyli w gorączkowych, nie postępujących włóknikowych i wrzodziejących sprawach płucnych z obfitą plwociną, a czasem nawet w bezgorączkowych, dobry skutek, wyrażający się w ułatwieniu wykrztuszania i w zmniejszeniu podniety do kaszlu. Jednocześnie obserwowano prawie zawsze poprawę stanu ogólnego samopoczucia chorych.

Autor w sprawach gorączkujących z obfitą plwociną rozpoczynał leczenie od 4—5 tabletek dziennie, zmniejszając dawki te po 3—4tygodniach w stosunku do osiągniętego skutku na 2—3 tabletki dziennie. W lżejszych przypadkach dawano od początku 2—3 tabletki dziennie i dawki te utrzymywano w ciągu 4—5 tygodni. Chorzy zawsze chętnie przyjmowali elbon i bardzo go chwalili, zwłaszcza pacjenci, którzy z wstrętem przyjmowali przetwory kreozotowe. Nigdy nie zauważano żadnych dolegliwości żołądkowych lub zajęcia nerek nawet po długiem stosowaniu wielkich dawek. Zdaniem chorych, w czasie leczenia elbonem ilość plwociny zmniejszała się znacznie, gorączka opadała i poprawiał się stan ogólny. Niektórzy z nich nabrali po 1—2 kg na wadze.

Oprócz gruźlicy stosowano elbon także w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli i w rozedmie płuc, przyczem zauważono zmniejszenie ilości plwociny i poprawę stanu ogólnego.

Na tej podstawie autor zaleca gorąco stosowanie elbonu w podanych powyżej wskazaniach.

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 19 grudnia 1928.

Przewodniczy: Prezes Kol. Kozłowski.

Obecnych 18 członków i 6 gości.

Sekretarz odczytuje protokół z Zebrania Naukowego z dnia 7. XI. 1928 r.

Po krótkiej dyskusji zebrani uchwalają zachować protokół ten in extenso w aktach Tow., do druku zaś przesłać tylko część naukową protokołu.

Do przeczytanego następnie przez Kol. Kotarskiego protokołu z Zebrania Naukowego z dnia 21. XI. 1928 r. zgłasza kilka poprawek Kol. Nasiłowski, który sprostowania te prześle piśmiennie na ręce sekretarza.

Po przyjęciu do wiadomości przez zebranych odczytanego przez Kol. Krogulskiego punktu 4-go Protokółu Posiedzenia Zarządu Tow. Lek. z dnia 28 XI. 1928 r., załatwiającego odmownie rezygnację Kol. Krogulskiego z godności sekretarza, Prezes Kol. Kozłowski otwiera dyskusję nad odczytami wygłoszonemi na poprzedniem Zebraniu przez Kol. Czarskiego i Kol. Suchodolskiego.

Kilka słów dyskusyjnych nadesłanych przez nieobecnego Kol. Putermana, a odnoszących się do referatu Kol. Czarskiego odczytuje sekretarz Kol. Krogulski.

Kol. Puterman pisze:

Koncepcja prelegenta odnośnie do roli układu wegetatywnego w stosunku do gruczołów dokrewnych seksualnych, a mianowicie przypuszczenie (prelegenta), że poza rolą naczynioruchową układu wegetatywnego, ten ostatni wywiera bezpośredni wpływ na czynność hormonalną gruczołów, znajduje swój wyraz w spostrzeżeniach doświadczalnych i klinicznych.

Stwierdzono, że gruczoły dokrewne stanowią część układu wegetatywnego, że z jednej strony czynność hormonalna gruczołów dokrewnych znajduje się pod wpływem tegoż układu, zaś z drugiej strony funkcja tego układu zależna jest od wpływów hormonalnych odnośnych gruczołów, ewentualnie i narządów o czynnościach hormonalnych. Doświadczalnie stwierdzono, że pod wpływem drażnienia gałązek sercowych układu współczulnego (nn. accelerantes) lub układu pozawspółczulnego (n. vagus), hormony sercowe nabierają własności funkcjonalne odnośnych nerwów (Loewi).

Co zaś dotyczy Doppler'a, to pewien fakt, przytoczony przez Dra Barcińskiego, nie dałby się z nią pogodzić. Otóż Barciński (Dr. Barciński: Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych. Warsz. Czasop. Lek. Nr. 29 z 1928 r.) w swojej pracy przytacza że w r. 1869 Beatson po kastracji gruczołów płciowych kobiecych osiągnął wybitne cofnięcie raka pierwotnego piersi i znaczną poprawę stanu ogólnego pacjentki. Beatson uzależnia chorobliwe bujanie gruczołu mlekowego od bodźca rozrostowego, wychodzącego z jajników.

W dyskusji nad odczytem Kol. Suchodolskiego podnosi Kol. Czarski, że cenny materjał operacyjny, zestawiony przez prelegenta, zyskałby na przejrzystości, gdyby został zilustrowany tablisami porównawczemi. Na tablicach tych należałoby wykazać:

1) Jaki zachodzi stosunek pomiędzy ogólną ilością porodów w Zagłębiu (co można stwierdzić urzędowo) a ilością wypadków ciąży zamacicznej (które prawie wszystkie koncentrują się na oddziale prelegenta).

2) Jaki jest stosunek wieku chorych.

3) Stosunek pierwiastek do wieloródek.

4) Stosunek osobników z niedorozwojem organów płciowych do normalnych.

5) Znaczenie poronień, jako momentu przyczynowego.

6) Znaczenie środków prewencyjnych wewnątrz macicznych.

7) Znaczenie gonorrhei, która zdaje się odgrywać najmniejszą rolę, gdyż, o ile przechodzi na trąbki, wywołuje zupełną niepłodność. Co się tyczy metod badania, to mówca uważa że punkcja Douglas'a jest niekorzystna dla przebiegu pooperacyjnego, jako moment zakaźny.

Punkcję brzuszną należy wykonywać tylko wtedy, gdy poziom wylanej krwi do jamy brzusznej stoi ponad *lig. Pouparti.* Krew, która nieraz dostaje się do strzykawki z żyły krzepnie, w odróżnieniu od krwi z jamy.

Krew może pochodzić z guza jajnikowego, torbieli ciałka żółtego lub pęcherzyka Graaf'a.

Negatywny wynik punkcji daje powód do przykrych błędów rozpoznawczych.

Przy rozpoznaniu nie należy zaniedbywać badania leukocytozy i szybkości opadania czerwonych ciałek krwi.

Do charakterystycznych objawów zalicza mówca przeciągłe krwawienia czekoladowe, zwłaszcza poprzedzone bólami i stanem podgorączkowym.

Najgłówniejszą rzeczą jest, aby o ciąży zamacicznej przy badaniu myśleć. Jeśli rozpoznanie jest wątpliwe lepiej uciec się do *incisio explorativa,* niż przeoczyć ciążę pozamaciczną.

Co do przelewania krwi z jamy brzusznej do żyły, mówca zwraca uwagę na praktykowane ostatnio uprzednie utlenianie krwi, która ma być podana śródżylnie.

W końcu omawia mówca rozpoznanie różniczkowe w wypadkach:

1) *peritonitis diffusa (abortus criminalis?).*
2) *retroflexio uteri gravidi.*
3) krwawienie z pęcherzyka Graaf'a.
4) *abortus uterinus.*
5) *adnexitis.*
6) *pelveoperitonitis.*
7) *appendicitis.*
8) *cholelithiasis.*

9) *Haematosalpinx.*
10) Skręcenie szypuły (streszczenie własne).

Odpowiadają kol. Czarskiemu: Kol. Witkowski i kol. Suchodolski, który kończąc dyskusję nadmienia, że wszystkie operowane wypadki ciąży zamacicznej zaszywał na głucho, a tylko przypadki powikłane ropniem sączkował wydatnie.

Z powodu spóźnionej pory odczyty odłożono do następnego zebrania i posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: (—) *Dr. Krogulski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (Sekcja Poznańska).

IV. Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1929 r.

Przewodniczy: Prof. L. Skubiszewski.

Obecnych: 25.

1) Przyjęcie protokółu posiedzenia z dnia 30 listopada 1928 r.

2) Dr. A. Barlik przedstawia:

a) Raka oskrzela lewego u mężczyzny lat 54, wychodzącego z nabłonka błony śluzowej oskrzela. Główną swoją masą tkwi guz w rozwidleniu tchawicy, przeżera się do ściany przełyku oraz obejmuje jedną z gałęzi tętnicy płucnej.

b) Raka pierwotnego płuca prawego u mężczyzny lat 33, dającego przerzuty do śródpiersia tylnego, osierdzia i wątroby. Mikroskopowo stwierdza się *carcinoma alveolare.*

c) Śródbłoniaka opon miękkich mózgu u kobiety lat 82, umiejscowionego w prawym płacie czołowym, w którym wyżłobił sobie łożysko.

d) Śródbłoniaka opony twardej jamy czaszkowej przedniej, umiejscowionego obok *crista Galli* u kobiety lat 70.

e) Raka podstawy języka z przerzutem implantacyjnym do błony śluzowej dolnej jednej trzeciej przełyku u mężczyzny lat 62.

f) Carcinoma scirrhosum ventriculi, który przekształcił żołądek w pancerz o ścianach grubości 1,5—2 cm u mężczyzny lat 70.

g) Przypadek *martwicy lewego płatu wątroby* na tle zakrzepu lewej gałęzi żyły wrotnej u kobiety lat 65.

3) Dr. J. Zeyland przedstawia:

a) Przypadek *gruźlicy przewodów żółciowych z jamami w wątrobie* u niemowlęcia 8-miesięcznego z gruźlicą rozsianą. Stwierdzenie mikroskopowe najdrobniejszych gruzełków w pobliżu naczyń krwionośnych a poza przewodami żółciowemi przemawia do pewnego stopnia przeciwko procesowi pierwotnie śródkanalikowemu (gruźlicy na skutek wydalania w sensie Ortha) a raczej za wtórnem przebiciem się gruzełków serowatych do przewodów żółciowych i wywołaniem tamże jam.

b) Dużego *naczyniaka wątroby* u niemowlęcia 17-dniowego, zmarłego wśród objawów zatrucia pokarmowego. Obrazy histologiczne z obwodu guza, wykazujące wśród przegród naczyniaka resztki komórek wątrobowych, tłumaczą dawny pogląd o pierwotnej rozstrzeni naczyń włosowatych i wtórnym zaniku komórek wątrobowych.

W dyskusji zabierają głos: Dr. F. Skubiszewski, Dr. Zeyland.

4) Dr. J. Krotoski i Dr. L. Mierzejewski przedstawiają przypadek *torbieli kości biodrowej* spostrzegany w Klinice Chirurgicznej U. P. Torbiel kostna wielkości moreli mieściła się tuż powyżej panewki stawu biodrowego i pozostawała w ścisłej łączności z torbielą łącznotkankową (wielkości głowy dziecka) zajmującą górną część uda. Zabieg operacyjny wykonano przed niespełna rokiem. Wycięto w całości torbiel łączno-tkankową, która mieściła w sobie przeszło 2 litry płynu rzadkiego, mętnawego, zawierającego dużą ilość kryształków cholesteryny. Torbiel kostną otworzono, wnętrze wydłutowano i wypalono termokauterem. Chory zniósł zabieg dobrze, w krótkim czasie opuścił klinikę i pracuje obecnie w swoim zawodzie jako stolarz bez jakichkolwiek dolegliwości.

Badanie mikroskopowe, wykonane w Zakładzie Anat. Pat. U. P., wykazało zmiany, które pozwalają zaliczyć torbiel kostną do spraw chorobowych, objętych nazwą *ostitis fibrosa localisata* wzgl. według nowszego mianownictwa *osteodystrophia fibrosa,* nie przesądzając ani patogenezy ani przyczyny jej powstania. Ściana torbieli kostnej składa się z pasa łącznotkankowego przeważnie szklisto zmienionego. Naczynia krwionośne wykazują zgrubienie ścian, a dookoła nich widać naciek składający się przeważnie z plazmatocytów. W głębszych warstwach dostrzega się zanikające beleczki kostne i komórki olbrzymie typu myeloplaksów. Miejsce szpiku kostnego zajęła tkanka, składająca się z komórek wrzecionowatych. Tu i ówdzie widać krwiotoki. Beleczki kostne są grube i posiadają wąski rąbek kostawy. Torbiel miękka, która była w łączności z torbielą kostną, wykazuje w swej ścianie pas łącznotkankowy, w którym widać niekiedy komórki olbrzymie, leżące w świetle naczynia krwionośnego włoskowatego. Warstwa wewnętrzna ściany składa się z delikatnej siateczki łącznotkankowej i gęsto obok siebie leżących naczyń krwionośnych włoskowatych. Przytem widać komórki olbrzymie powstałe z plazmatocytów z wyraźnemi, szprychowatemi jądrami. Po barwieniu Sudanem III widać szczeliny wypełnione igłami cholesteryny i ziarenka, dające dodatni odczyn na tłuszcz, leżące w plazmatocytach i w komórkach olbrzymich.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Zeyland, Dr. Dega, Dr. Krotowski.

5) Prof. L. Skubiszewski wygłasza odczyt p. t. *„Polyserositis".* Podczas badań sekcyjnych spostrzega się niejednokrotnie zrosty w opłucnej, w jamie brzusznej, zgrubienie i zmleczenie na osierdziu, nasierdziu i w obrębie opon miękkich. Głębsze zastanowienie się nad temi zmianami, stwierdzenie faktu jednoczesnego występowania tych zmian we wszystkich błonach surowiczych, chociaż o różnym stopniu nasilenia, zniewala do omówienia ogólnego tła dla powstania tych zmian, które noszą miano *„polyserositis".*

Dla zrozumienia omawianych zmian (opłucna, worek sercowy, jama brzuszna) Rindfleisch zaleca uważać „jamę surowiczą" jako przestrzeń wewnętrzną lub jako „szparę tkanki łącznej", która jest w nieprzerwanym związku z tkanką łączną podścieliskową wszystkich narządów. To też anatomiczne stosunki pozwalają wnioskować, iż błony surowicze mogą brać i biorą udział może we wszystkich zmianach, które rozgrywają się w tkance łącznej podścieliskowej narządów. Zmiany o charakterze zrostów, szczególnie w jamie brzusznej, częstokroć nie odpowiadają ciężkości cierpienia, powodującego te zrosty, a niekiedy są wprost w odwrotnym stosunku. Zmiany te zazwyczaj należy traktować jako objaw widoczny tych anomalij konstytucyjnych, którym Borchardt dał nazwę *„status irritabilis".* Stan ten może występować u niektórych osobników we wszystkich okresach życia, tylko w zmiennym obrazie, a naruszona zdolność odczynowa (Rosenbach, Kraus, Lubarsch) jest wyraźniejszym momentem dla powstawania zmian o charakterze *„polyserositis".*

O zmianach w błonach można mówić dopiero wtedy, gdy spostrzega się zmętnienie lub też zgrubienia. Stopień zmian może być różny: od delikatnych ledwie dostrzegalnych zmętnień do bliznowatych zgrubień lub twardych i zbitych zrostów.

Zestawiając dane kliniczne (zbadano ogółem 12 przypadków) można dojść do wniosku, że nietylko lekkie, ale i rozległe postacie zrostowe, mogą nie dawać o sobie znać za życia, lub zaznaczają się w postaci lekkiego uczucia bólu brzucha, piersi, głowy, a z drugiej strony nieznaczne zrosty mogą wywołać ciężkie objawy.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Tuszewski, Dr. Winter, Dr. Zeyland, Prof. Skubiszewski.

(—) *J. Zeyland,* sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Oddział Stomatologiczny otwarty został przy Szpitalu Szkoły podchorążych sanitarnych w Warszawie (d. Szpital Ujazdowski). Na kierownika powołano płk. lek. d-ra Władysława Ostaszewskiego, b. kierownika Ambulatorjum dentystycznego Szpitala Wojsk. przy ul. Zakroczymskiej.

Nowy Komisarz Rządowy w Kasie Chorych. W poniedziałek, dnia 27. V., objął urzędowanie nowy Komisarz Rządowy w warszawskiej Kasie Chorych, p. Kazimierz Rożnowski, któremu dotychczasowy Komisarz, dr. Biebartowski, zdał tegoż dnia sprawy.

VII. Zjazd Powszechny Towarzystwa Higjenistów Polskich. W Warszawskiem Towarzystwie Higjenicznem odbyło się drugie posiedzenie Komitetu Organizacyjnego VII. Zjazdu Powszechnego Higjenistów Polskich, z prezesem W. T. H. dr. Witosławem Dąbrowskim na czele. Zjazd tegoroczny odbędzie się w Inowrocławiu i poświęcony będzie całkowicie sprawom zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Ustalono, że Zjazd będzie odbywał się w dniach 4 i 5 września r. b. W dniach 2 i 3 września uczestnicy Zjazdu będą mogli wziąć udział w wykładach, jakie odbywać się będą w Ciechocinku i dokładnie zwiedzić to zdrojowisko.

Po zakończeniu obrad zjazdowych w Inowrocławiu prof. poznańskiego Uniwersytetu dr. med. Gantkowski organizuje w dniu 6 września wycieczkę do Poznania na Powszechną Wystawę Krajową(oraz inne wycieczki do pobliskich historycznych miejscowości (Kruszwica, Gopło i t. d.). Uczestnicy Zjazdu będą korzystali z wielu ułatwień nader cennych w okresie ogromnego przeludnienia Poznania przez zwiedzających Wystawę. Wreszcie w porozumieniu z W. T. H.,jako inicjatorem Zjazdu w Inowrocławiu ustalono, że Zjazd Lekarzy Sanitarnych z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego odbędzie się w Poznaniu bezpośrednio potem, t. j. 7 i 8 września. W taki sposób w okresie 7 do 10 dni uczestnicy VII. Powszechnego Zjazdu Higjenistów Polskich i referenci będą mogli wziąć udział w dwóch innych Zjazdach, bezpośrednio po sobie następujących.

Jeden z referatów głównych zaakceptowanych przez Komitet Organizacyjny wygłosi prof. Gantkowski, który zobrazuje bogactwo, jakie Polska posiada w swych zdrojowiskach, drugi b. minister dr. W. Chodźko, na temat popularyzacji i udostępnienia leczenia uzdrowiskowego szerokich warstw.

W dniu 24 maja pod przewodnictwem p. Jankowskiego, prezydenta m. Inowrocławia, który jest właścicielem zdrojowiska, odbyło się posiedzenie miejscowego Komitetu gospodarczego, z udziałem prof. Gantkowskiego i Prezesa W. T. H. dr. W. Dąbrowskiego. Zjazd odbędzie się w dniach 4 i 5 września r. b., a w dniu 3 września uczestnicy Zjazdu będą mogli wziąć udział w kursach lekarskich odbywających się w Ciechocinku i zapoznać się dokładnie z tem zdrojowiskiem oraz inwestycjami dokonanemi w Ciechocinku. Aby organizatorzy Kursów mogli wiedzieć na ile osób mogą liczyć, pożądane jest wcześniejsze zapisywanie się na uczestników Zjazdu, z wyrażeniem życzenia uczestniczenia w Kursach. Bezpośrednio po zakończeniu obrad zjazdowych odbędzie się w dniu 6 września wycieczka do kilku miejscowości historycznych jako to: Gniezno, Kruszwica i t. d., którą zorganizuje Komitet. W dniu 7 września nastąpi wyjazd do Poznania, gdzie uczestnicy Zjazdu zwiedzą Wystawę, lub wezmą udział w Zjeździe lekarzy sanitarnych, który odbędzie się 7 i 8 września b. r. Omawiano także sprawę urządzenia pokazu przetworów farmaceutycznych, sprzętów kanalizacyjnych, kąpielowych i t. p., służących do użytku zdrojowisk. Pożądane jaknajliczniejsze zgłaszanie referatów w sprawie dotyczących zdrojowisk i uzdrowisk polskich, których termin składania wyznaczono na 15 lipca, gdyż referaty te w przedzjazdowym numerze „Zdrowia" będą w całości, lub w streszczeniu wydrukowane.

Władysław Stankiewicz, nestor chirurgów warszawskich, były lekarz naczelny szpitala Ewangelickiego zmarł w Warszawie.

Przegląd Sportowo-Lekarski, kwartalnik, poświęcony fizjologji, patologji i higjenie sportu, wychowaniu fizycznemu i pracy — pod redakcją Doc. G. Szulca, ppłk. lek. i Dra W. Missiuro, mjr. lek. Nr. 1, zawierający, oprócz słowa wstępnego od redakcji, 7 artykułów oryginalnych sprawozdania, streszczenia, bibljografję i kronikę, przedstawia się okazale i interesująco.

Lwów.

Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości, że Polski Klub Turystyczny w Warszawie, Al. Jerozolimskie 39, ogłasza dwie wycieczki: jednę do Rzymu przez Czechosłowację i Austrję 8 — 29 sierpnia 1929, drugą na wystawę wszechświatową w Barcelonie przez Paryż i Italję 8 — 29 września 1929.

Z Izby Lekarskiej Lwowskiej. Koło Lekarzy w Truskawcu złożyło 275 zł na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Tadeusza Praschila. Za ofiarność tę składam Kołu, Imieniem Zarządu Izby, szczere podziękowanie. *Nowicki*, naczelnik Izby.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIX Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 21 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Szurek: „Pokaz anatomo-patologiczny"; — 2) Kol. H. Hilarowicz: „Wrzód trawienny jelita czczego (pokaz)"; Amputatio interscapulothoracalis (pokaz); — 3) Kol. K. Węckowski: „Rad w lecznictwie nowoczesnem" (referat). W dyskusji zabierali głos kol.: Schramm, Naróg, Serbeński, Dobrzański.

Spółka Wydawnicza Lekarska we Lwowie, której staraniem i nakładem wychodzi „Polska Gazeta Lekarska", uchwaliła na swem Walnem Zebraniu, odbytem w dniu 16 czerwca b. r. we Lwowie wydzielić ze swych przychodów z roku 1928 kwotę 600 zł na rzecz wdów i sierót po lekarzach, prenumeratorach „Polskiej Gazety Lekarskiej". Rozdziałem tych zapomóg zajmą się w swoim czasie Miejscowe Komitety Redakcyjne w Krakowie, Lwowie, Łodzi i Warszawie.

Wolne posady lekarskie. Lwowska Izba Lekarska podaje do wiadomości ogłoszenie konkursu na stanowiska lekarzy powiatowych w Kamieniu Koszyrskim i Stolinie z wynagrodzeniem według VIII względnie VII st. sł.

Podania należy wnosić do Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego w Brześciu n./B. najpóźniej do 15 lipca 1929.

Bliższych informacyj udziela Lwowska Izba Lekarska.

Poznań.

Docent Dr. Jan Bajoński z Poznania otrzymał nagrodę Imienia Dr. L. Konica w wysokości 670,— zł za pracę p. t.: „Badania bakterjologiczne pochwy w porodzie i w połogu, z uwzględnieniem paciorkowców, gronkowców, prątków okrężnicy i laseczek pochwowych".

Komitet Organizacyjny VII Zjazdu Lekarzy i Działaczy Samorządowych. Komunikat. Dnia 7 — 8 września r. b. odbędzie się w Poznaniu z ramienia Związku Miast Polskich doroczny Walny Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych. Komitet Organizacyjny Zjazdu prosi Panów Lekarzy, Działaczy Samorządowych i Społecznych pracujących w dziedzinie zdrowotności publicznej, o jaknajliczniejszy udział w Zjeździe, którego charakter ze względu na przypadający okres pierwszego dziesięciolecia Niepodległości Polskiej powinien stać się wyrazem postępów poczynionych na polu zdrowia publicznego w miastach polskich i dać wytyczne pracy na przyszłość.

Program Zjazdu jest następujący:

Dnia 7-go września, sobota, godz. 10-ta. Otwarcie Zjazdu. - Godz. 10-ta do 14-tej: Referat „Organizacja i zakres działania samorządowej służby zdrowia w miastach polskich". Referent: Dr. Kacprzak Marcin, Kierownik Działu Epidemjologiczno - Statystycznego Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie. Korreferaty: „Stan sanitarno - porządkowy miast polskich". Korreferent: Inż. Rudolf Zygmunt (Departament Służby Zdrowia w Warszawie M. S. W.). Korreferat: „Sprawy medycyny zapobiegawczej w miastach polskich". Korreferent: Dr. Czesław Wroczyński (Naczelny Lekarz Kasy Chorych m. st. Warszawy). — Godz. 21-sza Raut w Ratuszu wydany przez Prezydenta Miasta.

Dnia 8-go września, niedziela. Godz. 9-ta — 14-ta. I. Referat: „Współdziałanie opieki społecznej z działalnością służby zdrowia". Referent: P. Wilczyński (Naczelnik Wydz. Opieki Społecznej w Województwie Poznańskim). Korreferent: Dr. Margolis Aleksander (Łódź) Przewodniczący Wydziału Zdrowia Magistratu m. Łodzi. II. Referat: „Stan budownictwa szpitalnego w niepodległej Polsce i sprawy szpitali na Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Ameryce". Korreferat: „Walka z zakażeniami wewnątrz szpitalnemi w związku z organizacją i budową szpitali". Korreferent: Profesor Dr. Szenajch Władysław (Naczelny Lekarz Szpitala Karola i Marji w Warszawie).

Po południu zwiedzanie Wystawy Powszechnej Krajowej i zwiedzanie autobusami urządzeń sanitarnych miejskich.

Godz. 12-ta: Przedstawienie w Operze (bilety bezpłatne).

Uwaga: Uczestnictwo w Zjeździe należy zgłosić do dnia 1-go września b. r. na ręce Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Poznania Dra Tadeusza Szulca (adres: Poznań - Ratusz). Wpisowe na Zjazd wynosi 10 zł. może być uiszczone w chwili przybycia do Poznania.

W zgłoszeniach należy nadmienić żądanie zarezerwowania noclegów.

X Zebranie Wydziału Lekarskiego P. P. N. odbyło się w piątek, dnia 21 czerwca 1929 r. o godzinie 8,15 wieczorem w sali wykładowej II Kliniki Wewnętrznej (Szpital Miejski, II p.). Porządek obrad: 1) Komunikaty Zarządu. — 2) Pokazy. — 3) Dr. R. Płotkowiakówna: „Przemiana materji w przebiegu niedokrwistości złośliwej". — 4) Prof. W. Jezierski: Aurosan w gruźlicy doświadczalnej. — 5) Dr. A. K. Werner: Przemiana podstawowa w gruźlicy płuc.

Z kraju.

Kursy kształcące Związku Uzdrowisk Polskich. Związek uzdrowisk polskich w Warszawie, (Aleja Szucha 8/1), zorganizował pierwsze korespondencyjne kursy dla pro-

wadzących hotele i pensjonaty, pod kierownictwem dyrektora Związku J. St. Szczerbińskiego. Wykłady prowadzą profesorki państwowego seminarjum nauczycielek gospodarstwa domowego w Warszawie. Treść wykładów obejmuje wszystkie zagadnienia, związane z organizacją i prowadzeniem hoteli i pensjonatów. Wykłady rozpoczęły się dnia 25 kwietnia i trwać będą do 1 lipca. Uczestnicy kursu, którzy dzielą się na zwyczajnych i nadzwyczajnych, opłacają należność w wysokości 50 lub 60 złotych, a po ukończeniu kursu otrzymują specjalne zaświadczenie. Ze względu na duże korzyści praktyczne, kursy winny znaleźć jak najżywsze poparcie właściciele hoteli i pensjonatów.

Nowe Instytuty Balneologiczne w Zdrojowiskach niemieckich. Zeitschrift f. w. Balneologie 1929. Zeszyt 9 donosi: Zaprojektowany w r. 1925 Instytut medyczny dla badań naukowych, poświęcono i otwarto w Nauheimie dnia 11 maja b. r. W uroczystości wzięli udział Prezydent Hessji, hescy ministrowie skarbu i spraw wewnętrznych, przedstawiciele władz, nauki lekarskiej i prasy. Instytut, wzniesiony kosztem blisko pół miljona marek imponuje wprost swojemi urządzeniami. Kierownictwo Instytutu objął profesor dr. Weber.

Drugi podobny, tylko skromniejszy, instytut powstał w zdrojowisku Salzuflen. Kieruje nim b. asystent klinik w berlińskiej Charité i w Erlandzie Dr. A. Benatt.

W sprawie ulg paszportowych. Wydziały Lekarskie Uniwersytetów Polskich uchwaliły na Komisji Międzywydziałowej, której Zjazd odbył się w Warszawie w dniach 28 i 29 października 1928 roku, co następuje:

Wobec grożącego przepełnienia w zawodzie lekarskim i wobec tego, że 5 Wydziałów Lekarskich w Polsce nadaje rocznie dyplomy około 500 młodym lekarzom, co wystarcza zupełnie na obecne potrzeby ludności w Polsce, staje się wyjazd dość licznej młodzieży zagranicę dla studjów lekarskich nietylko nie potrzebny dla państwa, ale nawet szkodliwy, specjalnie dla interesów zawodu Lekarskiego w Państwie Polskiem. Do owych 500 dyplomów wydawanych rocznie w Wydziałach Lekarskich Uniwersytetów Polskich dołączać trzeba około 100 uprawnień dla nostryfikantów, którzy nostryfikują dyplomy swoje na uniwersytetach zagranicznych.

Obecnie (koniec r. 1928) żyje w Polsce około 9.000 lekarzy; liczba zupełnie wystarczająca dla Polski. Jeżeli bowiem odczuwa się może jeszcze brak lekarzy w niektórych okolicach, to zato w innych istnieje ich nadmiar. Pięćset dyplomów lekarskich rocznie wydawane przez Wydziały Lekarskie polskie, nietylko zapełnią wszystkie braki powstałe przez naturalny ubytek coroczny lekarzy, ale przyczyniać się będzie jeszcze długo do stałego zwiększenia się liczby lekarzy. Rocznie bowiem umiera obecnie w Polsce około 350 lekarzy.

Wobec tego Wydziały Lekarskie zwracają się do Naczelnej Izby Lekarskiej w Państwie Polskiem, aby Izby uczyniły, co jest w ich mocy w celu odwrócenia napływu młodzieży na studja lekarskie, a w szczególności w celu powstrzymania młodzieży od wyjazdu na studja lekarskie. Dziekan (—) *R. Nitsch.*

Ze świata.

Fundacja przyjaciół J. A. Sicarda. Przyjaciele, koledzy i uczniowie zmarłego niedawno w Paryżu profesora Sicarda postanowili umieścić jego podobiznę w płaskorzeźbie w sali szpitala Necker, w której ordynował. Obok tego zamierzają oni zebrać kapitał pod nazwą fundacji przyjaciół J. A. Sicarda, z którego to kapitału odsetki będą stanowiły zapomogę bądź na badania laboratoryjne, bądź ogłoszenie wyników tych badań. O zapomogę ubiegać się będą mogli wszyscy bez różnicy stanowisk i narodowości. Jedynym warunkiem będzie żądanie, aby badania dotyczyły fizjo - patologji lub leczenia chorób układu nerwowego albo zagadnienia ogólno - biologicznego.

Projektodawcy zwracają się do wszystkich, którym zależy na uczczeniu pamięci wielkiego lekarza i uczonego, o udział w tem przedsięwzięciu. Każdy subskrybent otrzyma reprodukcję podobizny Sicarda. Wkłady wysyłać należy pod adresem: M. M. Masson et Cie. Trésories, 120, Boulevard Saint - Germain, Paris (6-e). Uczestnicy zagraniczni mogą wnosić swoje wkłady na ręce członków Komitetu swojego kraju. Członkiem Komitetu na Polskę jest kol. Edward Flatau, Chmielna 60, Warszawa.

XX Francuski Kongres Medyczny odbędzie się w Montpellier w czasie od 15 do 19 października 1929 roku. Tematami głównemi Kongresu będą sprawy: 1) Etjologji, patogenezy i fizjologji patologicznej płonicy. 2) Hypotenzji tętniczej. 3) Leczenie syndromów niedokrwistości. Wszelkich bliższych wyjaśnień tyczących się tego Kongresu udziela profesor Rimbaud, sekretarz generalny Kongresu, 1, rue Levat, Montpellier.

Doktorat farmacji na Wydziale farmaceutycznym w Nancy otrzymał p. Stanisław Klawe, prezes Tow. Przemysłu Chemiczno - Farmaceutycznego dawniej Mag. Klawe S. A. w Warszawie w dniu 8 czerwca b. r. po obronie tezy: Contribution a l'étude des drogues végétales pulvérisées.

Według postanowienia bawarskiej Izby Lekarskiej okręgowy związek lekarzy wybrał 24 lekarzy, którzy mają prawo orzekać w sprawach sztucznego poronienia. Tyczy się to postanowienie i pacjentek prywatnych. Lekarz, uważający za wskazane dokonanie poronienia, wybiera z pośród owych wybranych lekarzy jednego internistę i jednego specjalistę i zwraca się do związku z wnioskiem o zbadanie chorej, zarządzając przy tem opis choroby. O ile obaj rzeczoznawcy wypowiadają tę samą opinję — sprawa jest jasna. W razie rozbieżności zdań decyduje ostatecznie ekspert, również wybierany przez ogólne zebranie. Przypadek odrzucony może być powtórnie badany w razie wysunięcia nowych motywów, ale przez tych samych rzeczoznawców. Wszystkie propozycje co do dokonania poronienia i decyzje komisji są przechowywane w Związku. Specjalne urządzenie kartotek umożliwia wykorzystanie materjału w celach naukowych bez uwidocznienia nazwisk pacjentek. Żaden z członków komisji nie może brać udziału w leczeniu ciężarnej przed lub w czasie poronienia, nie może wykonywać nawet zdjęć rentgenowskich, ani uśpienia chorej. Honorarjum za badanie skierowuje się do Związku, który po pewnym czasie postanawia, jak zużytkować te pieniądze.

Nr. 11 dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi wiadomości z dziedziny badań nad egocentryzmem mowy u małych dzieci pióra M. Jacynówny, artykuł „Nie wolno“ W. Borudzkiej, analizujący szkodliwość nieumotywowanych zakazów oraz zagadnienie racjonalnych urządzeń opiekuńczych dla dzieci w pensjonatach M. Dobrowolskiej. Dalej M. Sopoćkowa pisze o wycinankach, Dr. Marja Kłosińska „O kąpielach słonecznych, powietrznych i rzecznych“. M. Morzkowska „O rozłożeniu i przygotowaniu posiłków w okresie niemowlęctwa“, Dr. P. Gleich „Jak zapobiegać płonicy“. W dziale „Matki między sobą poddane są dyskusji sprawy: chronienia dzieci od zarazków, hartowania i odzwyczajania od smoczka.

Numer uzupełnia bogaty wybór ubranek i mebelków dziecinnych, a także starannie prowadzony dział porad higjenicznych i djetetycznych.

Sprostowanie.

W Nr. 24-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej“ na stronie 468, szpalta druga, wiersz 10-ty od dołu w tytule pracy Dra Jana Offenberga zamiast „świetlnym“ ma być „kloacznym“.

Zmarli.

Ś. p. Dr. Tadeusz Praschil, długoletni, bardzo wzięty lekarz zdrojowy w Truskawcu zmarł tamże nagle w dniu 17 czerwca b. r.

Redakcja otrzymała:

Ch. Achard: „Les maladies typhoides“ Etudes cliniques, pathologiques et thérapeutiques. Masson et Cie. Paris 1929.

E. Rist: Ou'est ce que la médicine?“ Suivi de six autres essais. Masson et Cie. Paris 1929.

Z. Bychowski: „Ludwik Maurycy Hirszfeld, profesor anatomji (1814 — 1876 r.)“. Odb. z Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego Nr. 16 — 18 z r. 1929.

Le Monde Médical, numéro 749, 1-er juin 1929.

Revue internationale de médecine profesionelle et sociale, 2-e année nr. 3 et 4.

C. Roedcier: „Orthopédie tuberculoses chirurgicales“. Doin et Cie Paris 1929.

B. Porak: „Les syndromes endocrines“. G. Doin et Cie Paris 1929 r.

J. Leyberg: „Uwagi w sprawie endoskopji cewki przedniej w przewlekającej się i przewlekłej rzeżączce“. Odb. z Przeglądu Dermatologicznego, nr. 2, z r. 1929.

Edw. Bruner: „Na marginesie spraw zawodowych“. Odb. z Polskiego Przeglądu Radjologicznego, tom IV, zeszyt 1, rok 1929.